

THESE

POUR LE

549

DOCTORAT EN MEDECINE

(DIPLOME D' ETAT)

P A R

AGEEF, FRANCOISE

Ancienne Doctoresse des Hopitaux de Paris

née le 24 Aout 1926 à PARIS

Présentée et soutenue publiquement le

LES MOUVEMENTS STEREOTYPES
ITERATIFS ET RYTHMES
DU CORPS ET DE LA TETE
CHEZ L' ENFANT

PRESIDENT : Monsieur le Professeur JOANNON

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

P A R

AGEEF, FRANCOISE

Ancienne Externe des Hopitaux de Paris

née le 24 Aout 1926 à PARIS

Présentée et soutenue publiquement le



LES MOUVEMENTS STEREOTYPES
ITERATIFS ET RYTHMES
DU CORPS ET DE LA TETE
CHEZ L' ENFANT

PRESIDENT : Monsieur le Professeur JOANNON

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BENARD (H.), BROCC (P.), BULLIARD (H.), CADENAT (F.), CHABROL (Et.),
 CHAMPY (C.), CHEVALLIER (P.), DEBRE (R.), DONZELOT (E.), GASTINEL (P.),
 GUILLAIN (G.), HALPHEN (E.), HARVIER (P.), HAZARD (R.), HEUYER (G.),
 LAROCHE (G.), LAUBRY (Ch.), LEMAITRE (F.), LEVY-SOLAL (E.), LHERMITTE (J.),
 LIAN (C.), LOEPER (M.), MARION (G.), MATHIEU (P.), MOCQUOT (P.), MONDOR (H.),
 MONOD (R.), MULON (P.), OLIVIER (E.), RICHET (Ch.), STROHL (A.), TANON (L.),
 VELTER (E.)

DOYEN Léon BINET
 Membre de l'Institut

ASSESEUR Jean VERNE.

I.- PROFESSEURS :

Anatomie		MM.
Anatomie pathologique		CORDIER (G.)
Anesthésiologie		DELARUE (A.)
Bactériologie		BAUMANN (J.)
Biochimie médicale		FASQUELLE (R.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports		JAYLE (M.F.)
Biologie médicale		CHAILLEY-BERT (P.)
Cancérologie médicale et sociale		FAUVERT (R.)
Clinique carcinologique		BERNARD (J.)
Clinique de cardiologie		REDON (H.)
	(Beaujon	MOUQUIN (M.)
	)Cochin	SICARD (A.)
Cliniques chirurgicales	(Hôtel-Dieu	QUENU (J.)
	)Salpêtrière	MENEGAUX (G.)
		MOULONGUET (P.)
Clinique chirurg. réparatrice et orthopédique		MERLE d'AUBIGNE (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire		de GAUDART d'ALLAINES (F.)
Clinique de Chirurg. Infantile et orthopédie		FEVRE (M.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire		MATHEY (J.)
Clinique génétique médicale		LAMY (M.)
Clinique gynécologique		FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants		CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses		MOLLARÉ (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale		DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques		HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang		MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux		ALAJOUANINE (T.)
	(Bichat	JUSTIN-BESANÇON (L.)
	) Broussais	de GENNES (L.)
Cliniques médicales	(Cochin	MOREAU (R.)
	) Hôtel-Dieu	BARIETY (M.)
Clinique médicale d'Hydro-climatologie thérap.		DEBRAY (C.)

Clinique médicale propédeutique
 Clinique médico-sociale du diabète sucré et
 des maladies de la nutrition
 Clinique de neuro-chirurgie

PASTEUR VALLERY-RADOT (L.)

Cliniques obstétricales

(Baudeloque
) Port-Royal
 (Ternier

BOULIN (R.)
 PETIT-DUTAILLIS (D.)
 LACOMME (M.)
 VARANGOT (J.)
 LANTUEJOUL (R.)

Clinique ophtalmologique

RENARD (G.)

Clinique oto-rhino-laryngologique

AUBIN (A.)

Clinique de pédiatrie sociale

MARIE (J.)

Clinique de pneumo-phthisiologie

BERNARD (E.)

Clinique psychiatrique infantile

MICHAUX (L.)

Clinique de puériculture

LELONG (M.)

Clinique rhumatologique médicale et sociale

COSTE (F.)

Clinique stomatologique

DECHAUME (M.)

Clinique thérapeutique chirurgicale

SENEQUE (J.)

Clinique thérapeutique médicale

LEMAIRE (A.)

Clinique urologique

FEY (B.)

Electrophysiologie médicale

(chaire à titre personnel)

DJOURNO (A.)

Embryologie

GIROUD (A.)

Histoire de la médecine et de la chirurgie

SOULIÉ (P.)

Histologie

VERNE (J.)

Hygiène et clinique de la première enfance

TURPIN (R.)

Hygiène et médecine préventive

JOANNON (C.)

Médecine légale

PIEDELIEVRE (R.)

Médecine du Travail

DESOILLE (H.)

Parasitologie

GALLIARD (H.)

Pathologie chirurgicale

COUVELAIRE (R.)

Pathologie exotique

LAVIER (G.)

Pathologie expérimentale et comparée

LENEGRE (J.)

Pathologie humorale et immunologie expérimentale

(chaire à titre personnel)

MERKLEN (F.)

Pathologie médicale

DECOURT (J.)

Pathologie et thérapeutique générales

GARCIN (J.)

Pharmacologie et matière médicale

CHEYMOL (J.)

Physiologie

BINET (L.)

Physique médicale

DOGNON (A.)

Radiologie médicale

DESGREZ (H.)

Technique chirurgicale

PATEL (J.)

Thérapeutique

BROUET (G.)

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES
ET MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES.

MM.

Anatomie

(DELMAS (A.) pr.s.ch.
) CABROL (C.)
 (DEBEYRE (J.)
) OLIVIER (G.)

Anatomie pathologique.

Anesthésiologie

Bactériologie

Biochimie médicale

Biologie médicale

Carcinologie

Dermato-Syphiligraphie

Electro-Radiologie

Embryologie

Hématologie

Histologie

Hydrologie

Hygiène

Maladies Infectieuses

Médecine légale

Médecine du Travail

Neuro-chirurgie

Neurologie

Obstétrique

Ophtalmologie

Orthopédie

Oto-Rhino- Laryngologie

Parasitologie

(GAUTHIER-VILLARS (Mlle
) p.s.ch.

MM. (BUSSER (F.)

) GUYOU (Ch.)

N... N...

(HAUDURCY (P.)

) pr.s.ch. (dét.)

(NEVOT (A.) pr.s.ch.

) CHRISTOL (D.)

(TOURNIER (P.)

) BARBIER (P.)

(ETTORI (J.) pr.s.ch. (dét.)

) DESGREZ (P.) pr.s.ch.

(POLONOVSKI (J.)

) SCHAPIRA (G.)

BOURLIERE F.

N... N...

DUPERRAT (H.)

N...

TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)

N... N...

(COUJARD (R.) pr.s.ch.

) N...

(N...

CORNET (A.)

(BOYER (J.) pr.s.ch.

) DEPARIS (M.) pr.s.ch.

BASTIN (R.)

(DEROBERT L. pr.s.ch.

) GAULTIER (M.)

(HADENGUE (A.)

ALBAHARY (C.)

DAVID (M.)

LHERMITTE (F.)

(GRASSET (J.)

) LE LORIER (G.)

(LEPAGE (F.)

) MERGER (R.)

(MORIN (P.)

) RAVINA (J.)

(ROBEY (M.)

(BREGEAT (P.)

) DESVIGNES (P.)

JUDET (R.)

(AUBRY (M.)

) MADURO (R.)

(BRUMPT (L.C.) pr.s.ch.

) CHABAUD (A.)

Pathologie chirurgicale

Pathologie expérimentale

Pathologie médicale

Pédiatrie

Pharmacologie

Physiologie

Physique médicale

Pneumo-Physiologie

- MM.
- (RUDIER (J.)pr.s.ch.(d
 -) ABOULKER (P.)
 - (BARCAT (J.)
 -) CAUCHOIX (J.)
 - (DUBOST (C.)
 -) FAUREL (J.)
 - (FLABEAU (F.)
 -) GERMAIN (A.)
 -) GOSSET (J.)
 - (LAURENCE (G.)
 -) LORTAT-JACOB (J.)
 - (OLIVIER (Cl.)
 - .(POILLIEUX (F.)
 -) THOMERET (G.)
 - (VERNE (J.M.)
 -) N... N...
 - (LOEPER (J.)
 -) MAURICE (P.)
 - (HAGUENAU (J.)pr.s.ch.
 -) BOUDIN (G.)
 - (BOUVIER (J.B.)
 -) BRICAIRE (H.)
 - (BRISSAUD (H.)
 -) CASTAIGNE (P.)
 - (CONTE (M.)
 -) DEROT (M.)
 - (DOMART (A.)
 -) LAMOTTE (M.)
 - (LAROCHE (C.P.)
 -) MACREZ (Cl.)
 - (MILLIEZ (P.)
 -) PEQUIGNOT (H.)
 - (RAMBERT (P.)
 -) ROYER (P.)
 - (THIEFFRY (St.)
 -) TURIAF (J.)
 - (WOLFROMM (R.)
 -) N...
 - (N...
 - (JOSEPH (R.)
 -) MOZZICONACCI (P.)
 - (POLONOVSKY (Cl.)
 - (LEVY (Mlle J.)pr.s.ch.
 -) N...
 - (BARJETON (D.)p.s.ch.
 -) PARROT (J.)pr.s.ch.
 - (DEJOURS (P.)
 - (GOUGEROT (L.)
 -) N...
 - KREIS (B.)

Psychiatrie	MM.
Psychiatrie Infantile	PICHOT (P.)
Rhumatologie	N...
Stomatologie	DELBARRE (P.)
Thérapeutique	(CERNEA (P.)
Urologie	) CHAPUT (Mme. A.)
	(CHASSAGNE (P.)
	)PERRAULT (P.)
	KUSS (R.)

III.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES
CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE,
à titre permanent.

Clinique chirurgicale	MM. (AMELINE (A.)
	) HUGUIER (J.)
	(LEGER (L.)
	) PADOVANI (P.)
	(ROUX (M.)
Clinique médicale	(DREYFUS (Gilbert)
	) KOURILSKY (R.)
Clinique neurologique	de SEZE (S.)
Clinique obstétricale	MAYER (M.)
Clinique ophtalmologique	OFFRET (G.)
Clinique pédiatrique	LAPLANE (R.)
Clinique psychiatrique	BARUK (H.)

=====

Secrétaire Général de la Faculté	M. MOREL (J.)
Secrétaire	Melle CHAINTREUIL (G.)

=====

Conservateur, chargé de la direction	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateurs	Mlles DUMAITRE (P.), GOICHON (A.M.)
Bibliothécaires	{ Mme. CONTET (J.), Melles LAURENT (H.)
	(LE NOIR (G.), QUIEVREUX (E.)

=====

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MON PERE

A MA MERE,

A MA FILLE,

A MON MARI,

A MES COUSINES,

A MES COUSINS,

A MES AMIS, A TOUS LES MIENS,

A MONSIEUR LE PROFESSEUR JOANNON

Qui nous a fait l'honneur d'accepter
la présidence de cette thèse,

AVEC MDN PROFOND RESPECT

A Mon Maître le Docteur L A U N A Y

Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse,
Nous a dispensé son précieux enseignement
Et nous a donné l'exemple du dévouement,

Qu'il trouve ici l'expression de ma plus profonde
admiration.

Au Docteur A. D O U M I C

Dont les avis et les leçons nous ont été si
précieux.

Nous l'en remercions respectueusement, ainsi
que de l'effectueuse bienveillance qu'elle
nous a témoignée.

A Messieurs les Docteurs BUGE et MISES

Directeurs de la Fondation Vallée

Qui nous ont aidée dans la réalisation de cette thèse,

AVEC TOUTE MA GRATITUDE

A . M E S M A I T R E S :

Monsieur le Professeur Agrégé Gilbert DREYFUS,

Monsieur le Professeur Agrégé Maurice MAYER,

Monsieur le Docteur J. LEREBoullet,

Monsieur le Docteur Fred SIGUIER,

Monsieur le Docteur BROCARD,

Monsieur le Docteur LAYANI,

Monsieur le Docteur MARQUEZY,

Monsieur le Docteur Pierre de GRACIANSKY,

Monsieur le Docteur Robert CLEMENT,

Monsieur le Docteur KAPLAN,

Monsieur le Docteur Philippe SERINGE,

A T O U S M E S P R O F E S S E U R S .

INTRODUCTION

Les mouvements que nous nous proposons d'étudier tiennent une place importante en psycho-pathologie de l'enfant. Nous les appelons des mouvements stéréotypés. Leur nature est essentiellement psychique et les automatismes inconscients, de type comitial ou de nature organique (spasmus nutans), n'en font pas partie.

Nous porterons notre intérêt principal sur les mouvements de la tête et du tronc dont le caractère est d'être itératif et rythmé. Devenus automatiques, ils ont été, à l'origine, "intentionnels".

On les trouve surtout chez l'oligophrène, mais aussi chez le schizophrène et chez l'enfant apparemment normal. Les balancements de ces derniers peuvent devenir assez intenses pour leur porter préjudice : ils deviennent un symptôme. Et, comme chez l'énurétique ou l'anorexique mental, va se poser le problème du "choix du symptôme". Ils peuvent aussi parfois nous faire erreur et le diagnostic entre une arriération mentale et le simple retard lié à la carence affective est souvent délicat.

HISTORIQUE

Avant 1898, les schizophrénies étaient placées dans le cadre de l'idiotie. SILQUIN collabora avec ESQUIROL pour la rééducation des idiots et des enfants arriérés.

BOURNEVILLE, directeur de la Fondation Vallée, décrit les mouvements stéréotypés des idiots sous le nom de tics ou manies. Dans un de ses livres nous relevons ces descriptions : "Il était enclin à de nombreux tics. Il avait l'habitude de se cogner la tête et chaque fois qu'on lui parlait, il la cognait davantage."

Ou bien : "A son arrivée, il serait resté des journées entières sans bouger de place, se balançant continuellement d'avant en arrière, en poussant une sorte de plainte ininterrompue."

Telle idiote "restait inerte une partie de la journée, puis, brusquement, était prise de balancements de son corps et de sa tête de droite à gauche. Pour satisfaire cette manie, elle s'asseyait par terre sur un banc, le dos appuyé contre un mur et tâchait de ne pas être vue ; ou, parlant avec volubilité comme un perroquet, elle répétait des phrases toutes faites dont elle ne comprenait pas le sens."

Beaucoup plus tard, certains auteurs remarquèrent l'existence de mouvements stéréotypés chez des enfants apparemment normaux, mouvements qui jusqu'alors étaient soit passés inaperçus, ou bien avaient été englobés dans cette curieuse affection décrite pour la première fois en 1849 et appelée : "Spasmus nutans ou tic de SALAAM".

C'est ainsi que CRUCHET, en 1904 décrit, pour la première fois, un cas de "tic de la tête et du tronc n'existant que pendant le sommeil" chez un enfant de 6 ans (1).

(1) - LARY JACOBI en 1880 en avait déjà rapporté un cas.

Mais c'est surtout ZAPPERT J. qui, en 1905, de son côté, en rapporte 7 cas qu'il appelle "jaetatio capitis nocturna".

"Ce sont des mouvements qui n'ont pas l'importance d'une maladie, nous dit-il, mais peuvent plutôt être appelés de mauvaises habitudes. La plupart du temps, ces enfants ne sont pas montrés au médecin. Il s'agit de mouvements de rotation de la tête qui sont rythmés, la tête allant d'un côté puis de l'autre durant soit toute la nuit, soit une partie seulement et se reproduisant toutes les nuits". Ces mouvements ne sont pas des tics, continue l'auteur, car ils ne rentrent pas dans la définition de MEIGE et FEINDEL ; ils ne ressemblent pas non plus à ce qu'on appelle le spasme nutans. Je propose d'appeler ces mouvements des stéréotypies en accord avec les travaux de KALBAUM, KROEPELIN, et CAHEN".

Anne FREUD et BURLINGHAM (1949) donnent une description de ces mouvements qu'elles appellent des "habitudes auto-érotiques" (suction du pouce, coups sur la tête, balancements et masturbation). "Les coups que s'assène sur la tête un enfant constituent un indice de frustration et de colère impuissante".

En Allemagne, nous citerons FEDERN en 1912, MÖRO en 1918, LINDNER en 1934 qui a fait une étude sur la succion du pouce, puis HOFFMAN en 1937.

En Amérique, dès 1930, une équipe de chercheurs toujours d'inspiration psychanalytique (SPITZ, BOWLBY, RIBBLE, GOLDFARD) étudie la relation existant entre le milieu dans lequel vit l'enfant et l'apparition possible de troubles de son développement psychique et somatique. C'est R. S. SPITZ et Katherine WOLF en 1947 qui reprenant les théories de FREUD dans "L'autoérotisme", recherchent les effets de la "frustration précoce" sur l'apparition de 3 manifestations stéréotypées : "genital play" (qu'il préfère au terme de masturbation), rocking (qui veut dire balancement) et "fecal play". Le milieu est le facteur étiologique le plus important pour la détermination du choix de l'activité auto-érotique et dans l'apparition de cette activité.

Dans les trois milieux choisis, il note :

- Milieu I : Familles privées :

• sur 17 enfants :

= 16 jouent avec leurs organes génitaux.

- Milieu II : "Nursery" (mères délinquantes s'occupant de leurs enfants avec une certaine ambivalence) :

• sur 170 enfants :

= 87 balancements

= 21 "genital play"

= 16 "fecal play"

= 65 sans aucune activité autoérotique.

- Milieu III "Foundling Home " (absence complète de relation émotionnelle, les enfants sont laissés aux soins d'infirmières) :

• sur 61 enfants : pratiquement aucune activité autoérotique.

D'où conclusion de l'auteur : "Les activités autoérotiques apparaissent être en relation avec les rapports mère-enfant."

LEVY, en 1943, cherche dans la restriction des activités motrices la cause possible de l'apparition de ces mouvements stéréotypés. Un autre auteur Reginald LOURIE, en 1949, parle de "rhythmic patterns". Elle trouve l'explication de ces mouvements dans l'affinité particulière de l'enfant très jeune pour le rythme. "Nous pensons que le rythme fait partie intégrante de presque tous les processus de l'organisme vivant. Le rythme se trouve, non seulement dans l'aspect chimique et électrique des fonctions psychologiques, mais aussi dans la respiration, le fonctionnement du cœur, la mastication, la succion et le péristaltisme intestinal. Le cri du nouveau-né, comme le langage de l'adulte est un rythme." L'enfant chercherait par des balancements à suppléer ses besoins en rythme, besoins d'autant plus grands que sa maturation nerveuse serait plus incomplète.

Elle rapporte les chiffres suivants :

- dans la pratique privée, on trouve 10 % de balancements jusqu'à l'âge de 2 ans ; 5 % de 2 à 3 ans.

A la même époque, Margaret MAHLER nous dira :
"Ces mouvements de libération forment une soupape de sûreté
"contre l'anxiété. Ils sont employés tôt ou tard pour essayer
"de soulager une appréhension, une insatisfaction, une colère,
"une menace, un ennui, un chagrin, une frustration."

En Angleterre, FITZ HERBERT, en 1950, nous
rapporte le cas d'un enfant de 6 ans dont l'origine des cogne-
ments de tête remonte aux périodes de raids aériens où sa mère
le berçait dans ses bras pendant la dernière guerre.

Récemment Albert CREMIEUX et LEGREE rapportent
plusieurs cas sous le nom de "rythmies du sommeil" sans pou-
voir en donner une explication précise.

A. DOUMIC fait une étude de la succion du pouce.

Particulièrement saisissant est le rapport de
Madame AUBRY sur la désintégration de la structure psychique
qui peut être entraînée par la carence grave de "soins mater-
nels". Il apparaîtrait alors des mouvements stéréotypés non
plus du corps mais des mains dont la note psychotique semble
indéniable.

I

DES ARRIERATIONS MENTALES

LES ENFANTS OLIGOPHRENES

Les mouvements automatiques du tronc et de la tête

Les balancements du tronc et du corps et frappements de tête

1.- Les mouvements de balancement du corps et les mouvements oscillatoires de la tête sont connus depuis bien longtemps et de constatation banale chez les enfants arriérés, surtout lorsque l'arriération est profonde, et que l'enfant est hospitalisé ou dans un hospice. On sait que ces mouvements se produisent chez eux très fréquemment, surtout durant les périodes où l'intérêt n'est pas éveillé, à n'importe quel moment de la journée, le soir au moment du sommeil, parfois la nuit quand le sommeil est incomplet.

Les mouvements observés sont très divers ; ce sont :

- soit des balancements du corps d'avant en arrière, d'un rythme régulier plus ou moins rapide ;
- soit des mouvements d'oscillations de la tête, surtout lorsque l'enfant est couché ; lorsqu'il est assis, le dos appuyé sur des oreillers, il peut se produire également des oscillations de la tête comme un balancier d'horloge.

Souvent, ces mouvements, aussi bien ceux du tronc que ceux de la tête, s'accompagnent de bruits émis par l'enfant de façon également rythmée :

- soit des sons inarticulés,
- soit de véritables cris,
- soit, parfois, une vibration gutturale particulière,
- soit une sorte de mélodie qui accompagne, en l'accentuant, le rythme des mouvements du corps.

Le rythme lui-même n'est pas régulier : certains enfants ont, à certains moments, une accélération des mouvements qui aboutit à un rythme précipité qui ne se maintient que quelques minutes pour

se ralentir ensuite. On peut voir les mouvements de la tête accompagnés de mouvements rythmés ou non rythmés des mains et des doigts.

C'est à un mouvement complexe de cet ordre qu'a été autrefois attribuée une partie des faits décrits sous le nom de tic de Salaam ; il s'agit là de stéréotypies chez un oligophrène. En réalité, comme nous le verrons plus loin, le terme de "tic de Salaam" s'est impliqué incontestablement autrefois à des états divers ; deux sont nettement distincts : ces mouvements stéréotypés automatiques, dont nous venons de parler et les spasmes en flexion de type comitial qui sont, en fait, un diagnostic différentiel. Ces deux catégories de mouvements sont aujourd'hui nettement à distinguer.

- 2.- On peut aussi voir associés au balancement du tronc des mouvements des mains plus complexes ; tel enfant saisit un ruban ou le bord de son tablier en le tordant ; ces gestes très divers ont toujours un caractère stéréotypé ; ils se répètent sans interruption pendant une longue période.

Fréquemment associés, bien que différents dans leur nature, sont les mouvements d'auto-agressivité, fréquents chez les oligophrènes qui se frappent la tête au cours des mouvements oscillatoires, ou se donnent des coups de poing dans les tempes, créant ainsi de chaque côté des hématomes parfois très importants, ou s'arrachent les cheveux ; ces lésions peuvent entraîner des suppurations secondaires ou des déformations importantes. Les observations qui suivent illustrent ces faits qui sont connus depuis longtemps ; elles concernent les enfants hospitalisés. De fait, c'est dans les cas d'hospitalisation ou lorsque l'enfant est inoccupé ou délaissé que ces manifestations ont leur maximum de fréquence.

- Les cas de Jean-Marc et Eric sont ceux de deux encéphalopathies d'étiologie indéterminée, avec atrophie cérébrale importante.

De plus, Eric présente à l'E.E.G. des altérations électriques rencontrées dans la comitialité.

- Chez Christiane, par contre, on a la notion d'une anoxie néonatale.
La régression aurait évolué après l'apparition d'une comitiosité manifestée à l'âge de 7 mois.
- Fatima présente un syndrome déficitaire symptomatique d'une psychose ayant évolué en l'absence de toute tentative thérapeutique et fixée par le milieu asilaire.
- Quant à Joëlle, elle présente également un syndrome déficitaire mais avec une note d'organosité séquelle d'un épisode encéphalitique survenu à l'âge de 9 mois, avec une intrication à des troubles affectifs structurés vers le mode psychotique : l'enfant qui semble rechercher le contact et l'affection de l'entourage arrête ses mouvements auto-agressifs dès qu'on s'approche d'elle, vous prenant la main qu'elle ne veut plus lâcher ; elle les reprend lorsqu'on la quitte.
- Monique a présenté à sa naissance une anoxie néonatale.

Nous pourrions les classer comme suit :

I.- Etats déficitaires profonds d'origine organique :

Jean-Marc, Eric, Christiane, Monique.

II.- Etats déficitaires avec intrication de facteurs organiques et affectifs :

Joëlle.

III.- Etats déficitaires symptomatiques d'une psychose évoluée et fixée :

Fatima.

Dans le GROUPE I :

Les mouvements stéréotypés expriment la monotonie, la pauvreté. Il y a absence de finalité même symbolique. (Le balancement est une satisfaction en soi). Le traitement n'a aucune action.

Dans les GROUPES II et III.

On note une finalité plus ou moins symbolisée (dans le cas de la petite Joëlle, il y avait retour de l'agressivité quand on la quittait).

Il y a élaboration,

Il y a action du traitement (psychothérapie,
microloptiques).

L'évolution est parallèle aux phases de régression,
à l'action du traitement.

OBSERVATION N° 1

Jean-Marc, 11 Mois?

Présente des mouvements de rotation de la tête. Ces mouvements se produisent surtout la nuit et deviennent une gêne pour les autres enfants si bien que la nourrice n'en veut plus en raison de ce comportement. La tête oscille de droite à gauche et de gauche à droite à la cadence du "balancier d'une horloge" (Zappert) avec, de temps à autre, cognements sur les barreaux du lit.

Ces mouvements se produisent presque inmanquablement toutes les nuits, mais quelquefois le jour. De plus, son comportement n'étant pas celui d'un enfant de 11 mois, nous le prenons à l'hôpital en observatio, d'autant que le problème d'un placement se pose.

L'enfant est allongé. Il paraît très indifférent à ce qui l'entoure ; apathique mais calme, et il se comporte comme un enfant de quelques mois. Son cri est faible. Il ne saisit pas le jouet que nous lui tendons, ne le regarde même pas, mais nous sourit. Il a suivi notre doigt dans un regard latéral. Il suce son pouce de temps en temps.

ANTECEDENTS PATHOLOGIQUES

Nous ne savons rien de la grossesse. On nous dit que l'accouchement s'est fait normalement, sans anoxie néonatale, l'enfant aurait crié de suite. Le poids de naissance est de 2 Kg.940.

ANTECEDENTS FAMILIAUX

Nous n'en savons guère plus en ce qui concerne ces antécédents, la mère ayant abandonné l'enfant dès sa naissance,

EXAMEN

Morphologique :

L'enfant est hypotrophique, pesant 7 kg.300. Quoique ayant un tour de tête de 47 cm, celle-ci paraît très grosse par rapport au reste du corps (macrocéphalie). Aucune malformation si ce n'est une hernie ombilicale. On note 6 dents.

Neurologique.

Tonus normal, mais légère hyperlexité ligamentaire

Réflexes tendineux aux 4 membres vifs.

Les cutanés sont normaux, en particulier le plantaire se fait en flexion. La sensibilité paraît normale.

On note l'existence d'une raie vaso-motrice.

Clignement des yeux au bruit. Pas de strabisme. Pas de nystagmus.

Peau fine.

Les autres appareils sont normaux.

Neuro-moteur :

L'enfant tient sa tête.

Couché à plat ventre, redresse sa tête.

Ne tient pas assis.

Pas de Moro ni de Grasping.

Réflexe des 4 points cardinaux non retrouvés.

Le redressement statique n'existe pas et l'enfant se laisse tomber de tout son poids, fléchit ses jambes et s'assoit.

Le réflexe d'enjambement non retrouvé symétriquement.

Psycho-moteur :

Un test de BRUNET-LEZINNE montre pour un âge réel de 11 mois un âge de développement de 4 à 5 mois d'où Q D : 46.

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

L'E.E.G. :

Ne montre aucune anomalie paroxystique, aucun signe de localisation, aucune altération caractérisée.

L'encéphalographie gazeuse :

Met en évidence des images ventriculaires sensiblement normales avec de grosses lacunes dans la région frontale qui correspondent certainement (profil) à une atrophie cérébrale très importante . De plus, obstacle méningé ? qui fait que c'est tantôt le côté droit, tantôt le côté gauche (sur 2 séries d'encéphalographies) qui n'est pas injecté.

OBSERVATION N° 2

Eric, 15 mois.

Présente également des mouvements stéréotypés du type rotation de la tête ; mouvements plus rapides et en brefs accès : l'enfant fait 4 à 5 mouvements rotatoires, s'arrête quelques secondes, puis reprend de nouveau ses mouvements. Ceux-ci s'accompagnent, à intervalle régulier, de cris bizarres, sorte de vibration gutturale.

Parfois, l'enfant ne remue pas la tête, mais pousse tout simplement ses cris. Ceux-ci alors s'accompagnent de mouvements des mains : il met une de ses mains en l'air, l'approche de l'oeil, puis l'éloigne, puis l'approche à nouveau.

Cet enfant se montre capable d'agiter ses doigts avec vivacité ; ce qui contraste avec la pauvreté des performances qu'il peut accomplir : en effet, alors qu'il peut serrer les poings très fortement par intermittence, lorsqu'on lui met un objet dans la main, il est incapable de le tenir et le laisse tomber. Cet enfant ne nous a jamais souri. Inaccessible, absent, il n'a pas l'air de connaître son entourage. La mère nous a déclaré : "J'ai été frappée par son comportement si différent de mes autres enfants. Dès sa naissance, il ne m'a jamais souri. Actuellement, il ne se tient pas assis et ne saisit rien avec ses mains."

ANTECEDENTS PATHOLOGIQUES

Aucun épisode infectieux pendant la grossesse. Accouchement rapide. L'enfant a crié de suite. Poids de naissance : 2 kg750.

ANTECEDENTS FAMILIAUX

9ème enfant d'une famille de 10. Un garçon de 10 ans instable. Les parents sont bien portants. Une soeur du père de 38 ans "démonte".

EXAMEN

Morphologique :

L'hypotrophie est très accentuée : poids 6 kg.200

Tour de crâne : 45 cm.

Gros ventre.

Neurologique :

On ne note aucun mouvement d'ordre neurologique.

Hypertonie.

Réflexes normaux.

Cutané plantaire en flexion.

Pas de strabisme, clignement des yeux au bruit.

Examen somatique normal, coeur normal.

Neuro-moteur :

Tient sa tête.

Couché sur le ventre, redresse très mal la tête.

Ne se tient pas assis.

S'appuie sur ses jambes si on le soutient.

Pas de réflexe des bras en croix ni de grasping.

Le réflexe des 4 points cardinaux n'est pas retrouvé.

Le réflexe d'enjambement existe symétrique.

Psycho-Moteur :

Enfant instestable, inaccessible.

Au Gesell, on peut dire : motricité ne dépassant pas
4 à 5 mois,

adaptivité inférieure à 2 mois.

Absence de langage et de réactions sociales.

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

E.E.G.

Pointes et pointes-ondes lentes.

Désorganisation marquée du rythme de fond. Ces anomalies sont vraisemblablement en relation avec une atteinte cérébrale organique importante.

P.L. : normale.

Encéphalographie gazeuse :

Dilatation globale des 2 ventricules latéraux. Les sillons injectés sont à la limite de la normale.

Atrophie sous-corticale bilatérale.

O B S E R V A T I O N N ° 3

Christiane C.,... (Fondation Vallée).

L'enfant est placée d'office, à l'âge de 6 ans, à la Fondation Vallée, avec le certificat suivant : "Oligaphrénie au "niveau de l'idiotie. Pas d'acquisitions verbales. Stéréotypies "continues de jeu. Pas de troubles de caractère. Etiologie complète "de cet état connue. Est inéducable et inaméliorable. Doit être "placée d'office à la Fondation Vallée conformément à la loi de 1838."

Il s'agit d'une enfant d'origine martiniquaise.

Elle présente de très beaux mouvements stéréotypés. Pour qui a l'occasion de s'y trouver au bon moment, c'est soit dans son lit que nous voyons Christiane assise, calme et même un peu euphorique, agitée de balancements en avant, grommelant des sons inintelligibles, elle exécute des mouvements rythmiques avec ses mains, rappelant le tam-tam, tantôt tapant sur le lit, tantôt sur sa lèvre inférieure ; c'est le plus souvent dans la salle de séjour que nous la voyons assise sur sa chaise et alors elle commence un balancement du tronc d'avant en arrière, celui-ci, d'abord de petite amplitude, va crescendo jusqu'à un maximum après quoi il diminue, s'arrête, puis reprend à la manière d'une respiration de Cheynes Stokes en même temps que ses mains, doigts écartés, placés devant ses yeux, exécutent un mouvement de haut en bas, obéissant au rythme du balancement à la cadence de 5 mouvements pour un balancement et qu'elle frappe le sol, tantôt avec son pied droit, tantôt avec son pied gauche.

Mais bien souvent aussi, nous la verrons marcher d'une démarche tout à fait particulière dans laquelle elle semble danser, tournoie sur elle-même, rythme ses pas par des battements des mains. Quelquefois, sa marche devient saccadée, rapide, puis elle s'arrête et s'incline en avant, reprend sa course et répète son mouvement de salut.

Elle présente, en outre, des stéréotypies vocales, tels certains rires aux éclats, certains grognements ou gloussements.

De temps en temps, l'enfant fera, au beau milieu de son activité stéréotypée, des crises de contracture généralisée.

Elle rit facilement. Il persiste des manifestations d'affectivité pour le père. Dès qu'elle sent sa présence, elle sourit et tourne la tête de tous côtés, répond à ses claquements de langue et au surnom de "gayano" par des sourires.

ANTECEDENTS PATHOLOGIQUES

La mère hansénienne aurait été guérie au moment de la grossesse de Christiane, mais a fait durant cette grossesse : typhoïde, crises palustres et un traumatisme important consistant en une chute.

L'accouchement a été prématuré, de 8 mois .
(P.N. 1 kg. 200) avec anoxie néonatale.

L'enfant était en état de mort apparente : forme blanche. La réanimation paraffessées et bairs aurait duré 5 minutes. Elle n'a pas tété spontanément et fut mise en couveuse, puis nourrie par sonde nasale. De plus, 15 jours après sa naissance, il y aurait eu asphyxie accidentelle avec cyanose importante.

L'enfant aurait eu un développement psycho-moteur normal jusqu'à l'âge de 1 an. Elle présente des crises convulsives depuis l'âge de 7 mois.

Elle aurait une cataracte double congénitale, opérée récemment, d'où vision partielle et faible.

ANTECEDENTS FAMILIAUX

Christiane est la 2ème enfant d'une famille de 4 enfants. Il y aurait eu mort-né. Les autres enfants ont tous une scolarité normale et sont bien portants. Le père est bien portant.

EXAMEN

Morphologique :

Microcéphalie et platycéphalie légère. Tour de tête 46 cm, Grosse hernie ombilicale.

Neurologique :

Pas de mouvements anormaux en dehors de cette activité stéréotypée et des crises de contracture. Trois mois après son entrée à la Fondation, elle aurait fait une crise convulsive typique généralisée avec perte de connaissance et phase tonique et clonique. Mise à 0 G, 10 $\frac{1}{2}$ de gardénal, la crise ne s'est pas reproduite.

Hypertonie. Les réflexes tendineux sont vifs avec ébauche de trépidation spinale. De cutané plantaire serait en flexion.

On note une cataracte double, avec pointe de kératite à gauche.

Aucune lésion dermatologique. Aucune malformation cardiaque.

Psycho-Moteur :

- au Gosell
 - o langage social : 24 mois,
 - o adaptivité : 4 semaines car manque de vision,
 - o motricité : 21 mois.
 - o réactions sociales très basses en raison du manque de vision.
- Izard et Simon : 12 à 15 mois.

En définitive, il semble difficile d'attribuer un âge mental, même approximatif, à une enfant qui présente une telle activité stéréotypée et qui manque de vision. L'enfant ne s'alimente pas toute seule ; elle gâche. Elle n'a pas la notion de la préhension, ne ferme pas la main sur un objet donné entre ses doigts.

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

E.E.G.

Altéré, comitial, sans foyer.

Rythme de base lent et irrégulier, variant autour de 8 à 15 c/s.

Amplis "pointes-ondes" isolées typiques fronto-pariétaux symétriques (très rares ondes lentes de 7 à 8 c/s).

Encéphalographie gazeuse :

Ventricules peu injectés. Sillons larges. Petite atrophie corticale.

L.C.R.

Seule une albumine à 0 gr. 61.

Wasserman négatif, Pandy négatif. Benjoin normal.

Recherche du bacille de Hansen : négative.

OBSERVATION N° 4

Fatima F... (Fondation Vallée),

Est entrée à l'âge de 6 ans avec le certificat suivant :
"Arriération mentale profonde, Impulsivité, Absence de langage.
"Cris, Turbulence, violences, opposition, inaffectivité, mouvements
"automatiques presque choréiformes, gâtisme."

Assise dans son fauteuil, elle se balance inlassablement une partie de la journée. Parfois, elle se promène en poussant des cris stridents et en disant à intervalles réguliers "guili, guili" et surtout saisit avec ses deux mains un coin de son tablier et le tord et répète le mouvement pendant des heures.

A son entrée à la Fondation, elle avait donné quelques espoirs et fut mise au jardin d'enfants. Mais elle ne jouait ni avec un jouet, ni avec les autres. Elle était peureuse, tremblant si quelqu'un dont elle n'avait pas l'habitude s'approchait d'elle, cherchant à se faire câliner cependant par ceux qu'elle connaissait.

Pourtant les jardinières d'enfants ont déclaré :
"Absence d'intérêt pour tout ce qui l'entoure, le contact est impossible et gêné par les stéréotypies."

Devant l'aggravation progressive et les difficultés d'intégration au groupe, on discuta une cure de sackel qui ne fut pas faite. Fatima fut remise aux gâteuses.

ANTECEDENTS PATHOLOGIQUES

La grossesse et l'accouchement furent normaux.

Le développement psycho-moteur fut normal jusqu'à 15 mois.

A l'âge de 15 mois :

L'enfant, emmenée en promenade par une voisine, se trouve précipitée dans l'eau de la Seine, puis est rattrapée par les cheveux. Elle n'aurait pas perdu connaissance. Elle est séchée, puis reconduite à la mère à qui on ne dit rien et qui ne s'aperçoit de rien ce jour-là.

Le lendemain matin : l'enfant qui ne faisait pas de fièvre se met à trembler et à pleurer lorsque la mère veut la lever. Surtout lorsqu'elle a voulu la débarbouiller, elle s'est mise de nouveau à trembler et à hurler à la vue de l'eau.

A partir de ce jour, elle a refusé de marcher, a cessé d'être propre, a cependant continué à dire "Papa, Maman" et les quelques mots qu'elle avait appris.

Les tremblements se répétèrent ainsi que les cris et l'enfant se mit à griffer, détruire ses poupées, tirer les cheveux de ses frères. Cet état restant stationnaire, la mère alla consulter dans un dispensaire. Elle fut alors soignée pour rachitisme. Ce fut seulement 3 mois après que la mère apprit l'accident.

A l'âge de 22 mois :

L'enfant a recommencé à marcher un peu mais pleurait et hurlait toujours à la vue de l'eau. Elle est demeurée très anxieuse.

ANTECEDENTS FAMILIAUX

L'enfant a 4 frères et sœurs bien portants.

Les parents et grands-parents sont également bien portants.

EXAMEN

Morphologique :

On note une hypotrophie. La morphologie générale est d'apparence normale, on ne note aucun stigmata dégénératif.

Neurologique : Entièrement négatif.

Cœur normal.

Psycho-moteur :

Au jardin d'enfants, elle mangeait seule et était propre. On a vu antérieurement l'importance des stéréotypies et l'indifférence affective apparente perturbant l'officiance de l'enfant.

- Au Gesell , ° langage : 48 à 56 semaines.
- ° réactions sociales : 48 semaines (réaction au miroir).
- ° motricité : 15 à 21 mois.
- ° adaptivité : 52 semaines,
- Izard et Simon = 12 mois.

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

E.E.G.

Normal.

Rythme de base de 5 à 8 c/s. .

Aucune altération caractérisée.

Pas d'asymétrie.

Encéphalographie gazeuse :

Peut-être dilatation de la partie antérieure du 2ème ventricule et des citernes prépontiques et interpedunculaires. .

Pas d'atrophie corticale. .

- Conclusion : à la limite du normal. .

OBSERVATION N° 5

Joëlle C.... (Fondation Vallée).

Est entrée à la Fondation il y a à peine 1 an.

Agée actuellement de 6 ans, elle présente des mouvements d'auto-agressivité apparus tout récemment.

Avant l'apparition de ceux-ci, l'enfant présentait uniquement des mouvements itératifs de rotation de la tête. C'était une enfant peureuse, pleurant au moindre geste qui l'inquiétait, à la seule vue du marteau à réflexes, par exemple.

Aujourd'hui, assise dans son lit, elle passe son temps, nuit et jour, à se cogner la tête contre les barreaux, ou bien allongée, tantôt d'une main, puis de l'autre, elle se donne des coups sur le visage, soit sur l'arcade zygomatique, soit sur les joues ou les tempes.

Elle semble déployer sur elle-même une force extraordinaire. Elle est couverte d'ecchymoses et de plaies diverses; maintenant, elle cogne son menton sur son épaule et elle finit là également par s'écorcher profondément.

Cette autoagressivité s'accompagne de mimique anxieuse. Elle est déclenchée, en particulier, lorsqu'on quitte l'enfant après un contact affectif qu'elle recherche. C'est ainsi que, lorsqu'on s'approche d'elle, ses mouvements cessent. Lorsqu'on la quitte, ils reprennent.

A son entrée, l'enfant, placée au jardin d'enfants, s'était mise progressivement à marcher. Elle faisait alors un monologue continu, sorte de mélodie sur 2 tons, entrecoupée de gémissements et de pleurs.

ANTECEDENTS PATHOLOGIQUES

La grossesse aurait été normale. L'accouchement normal également s'est fait prématurément à 8 mois 1/2.

Très beau bébé jusqu'à 9 mois où son développement aurait été normal.

A l'âge de 9 mois :

Elle out une maladie grave dont nous ignorons l'étiologie exacte. Depuis, l'enfant n'a plus joué, n'a plus parlé, sa tête aurait grossi.

ANTECEDENTS FAMILIAUX

Nous ne possédons aucun renseignement.

EXAMEN

Morphologique :

L'aspect de l'enfant est harmonieux malgré une légère macrocéphalie. Le tour de tête est de 54 cm. Pas d'hypotrophie.

Neurologique :

H ypotonie avec hyperlaxité ligamentaire.

Réflexivité normale.

A noter qu'avec l'apparition des mouvements d'auto-agressivité ont coïncidé :

- des troubles thermiques :

- o soit hyperthermie à 39, 40°, sans aucune explication clinique
- o soit hypothermie à 35°.

- des troubles respiratoires :

- o pause en expiration forcée durant une dizaine de secondes.

- des troubles de la sudation :

- o sueurs extrêmes sans rapport avec l'état fébrile.

Psycho-moteur :

- Au Gesell
 - o motricité : 16 mois
 - o adaptivité : 48 semaines
 - o langage : 36 semaines
 - o réactions sociales.

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

E.E.G. :

Tracé à la limite du normal pour l'âge caractérisé par sa pauvreté en alpha et sa labilité sans signes évocateurs de souffrance organique, sans anomalies paroxystiques.

Encéphalogramme :

Très légère dilatation de la partie antérieure des cornes frontales prédominant à gauche ainsi que du carrefour ventriculaire gauche.

Sur le profil : dilatation de la citerne de la base.

Il est important de noter qu'il n'existe pas d'atrophie cérébrale notable.

EVOLUTION

Cette enfant a été traitée par les neuroleptiques (Nozinan 3 c. par jour) et elle a été prise en contacts psychothérapiques quotidiens : une amélioration s'est manifestée : disparition des mouvements auto-agressifs, reprise de contact, évolution des vocalisations vers un langage primitif mais plus élaboré.

Le contact affectif est toujours recherché. Lorsqu'on s'approche d'elle ou que l'on rentre dans la pièce où elle se trouve, elle nous donne la main et ne veut plus la retirer.

OBSERVATION N° 6

Monique F..... (Fondation Vallée).

Cette enfant entre à la Fondation à l'âge de 6 ans avec le certificat suivant : "Oligaphrénie profonde avec un niveau "de développement global inférieur à 15 mois. Gros troubles de "comportement. Examen physique négatif. Spécificité ancienne du père. "Etiologie vraisemblablement obstétricale : anoxie avec réanimation. "Est inéducable. Doit être placée à la Fondation Vallée."

Cette enfant, actuellement âgée de 10 ans, est, elle aussi, agitée de balancements. On la voit parfois calme se balancer dans sa chaise ou debout sur ses deux jambes. Son activité, comme celle de ses voisines, varie des balancements aux gémissements et se touche la vulve de temps en temps. De plus, elle est agressive, non seulement contre elle-même, mais contre les autres. Lorsqu'elle peut mordre qu'un ou donner un coup dans le dos en passant, elle rit de satisfaction. Mais lorsqu'elle n'atteint pas son but, elle se mord et se donne des coups.

Nous la voyons, par exemple, se taper la tête avec son poing ou se la cogner contre le mur sans discontinuer, avec force.

Quelquefois, elle est prise d'explosion de rires. Son faciès est vivant et peut exprimer la colère, la peur, le refus, l'acceptation, le rire.

Elle paraît assez éveillé, mais cet éveil est donc factice ? car s'il y a contact avec l'extérieur, ses formes d'expression sont réduites. Elle cherche à tout prendre, sait jouer avec un ballon ou une cloche. Elle ne comprend pas les paroles, émet des phonèmes qu'elle entrecoupe de mots : "pipi, popo, caca", véritable psittacisme. Cependant, elle a des phases de rémission où elle sourit, est affectueuse, l'où comportement ambivalent.

ANTECEDENTS PATHOLOGIQUES

La mère est débile. Durant la grossesse de l'enfant, elle fit une tentative d'avortement à 3 mois, sans résultats. L'accouchement eut lieu à 8 mois 1/2 avec anoxie néonatale. La mère

a accouché seule et le cordon ombilical n'a été coupé qu'1/2 heure après l'expulsion. L'enfant n'a pas eu les premiers soins d'urgence et s'est peu à peu cyanosée ; cette syncope bleue aurait duré 10 minutes.

Malgré une sérologie négative, la mère a reçu 2 séries de Bivotol durant la grossesse.

ANTECEDENTS FAMILIAUX

On note une spécificité du père traité ; de plus un éthylisme. Une sœur du père est internée et kleptomane. Les quatre frères et sœurs ont une scolarité médiocre.

EXAMEN

Morphologique :

Hypotrophique, chétive, elle donne physiquement l'aspect d'un bébé de 3 ans. On note comme stigmate dégénératif, l'absence de lobule auriculaire.

Neurologique :

La marche est hésitante. Le reste de l'examen est entièrement négatif.

Psycho-moteur :

- Gesell
- motricité : 18 mois.
- adaptivité : 15 mois.
- langage : 12 mois.
- sociabilité : 15 mois.

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

E.E.G. :

Normal pour l'âge. Bradyrhythmie. Aucune altération caractérisée. Pas d'asymétrie entre les 2 champs.

Encéphalographie gazeuse :

Ebauche d'atrophie cérébrale à prédominance préfrontale.

F.O. : Normal.

Examens humoraux : négatifs.

- II -

LES ETATS NEVROTQUES

ENFANTS ABANDONNES

Carences affectives

Les mouvements automatiques du corps et de la tête s'observent également chez les enfants dont le développement est troublé par une carence affective grave.

Les trois premiers cas concernent des enfants de 4 à 6 ans qui ont vécu depuis leurs premiers mois dans des situations familiales ou hospitalières constamment changeantes, ballotés de nourrices en hôpital, ou de nourrice en nourrice. C'est la situation de carence maternelle sur laquelle ont insisté les travaux de ces dernières années, en particulier ceux de BOWLBY et, en France de Mme AUBRY ; dans ces cas, les mouvements de balancement apparaissent surtout au moment du sommeil, mais se produisent également dans de nombreux cas, dans la journée lorsqu'ils sont inoccupés. Dans les deux cas que nous rapportons, leur intensité était telle que plusieurs nourrices ont refusé de conserver ces enfants avec elles, tant le bruit provoqué la nuit et la gêne apportée dans la journée était grands. Le contexte mental est ici très particulier : c'est celui qui est décrit chez les enfants gravement privés de soins maternels :

= un aspect d'arriération psycho-motrice plus ou moins important, avec cependant une morphologie du corps et du visage normale.

Ce sont des enfants très instables, très anxieux, captatifs qui, à chaque nouveau déplacement, traversent une période de désarroi plus ou moins longue. Quand ils retrouvent un certain équilibre, ils s'accrochent aux infirmières, n'acceptant pas que les autres enfants approchent celles-ci. sont jaloux des autres, ne pouvant se fixer à aucune activité, restant souvent immobiles ; c'est à ce moment, lorsque personne ne s'occupe d'eux, qu'à nouveau ils se balancent.

- Françoise et Catherine représentant 2 cas d'enfants ayant vécu en dehors d'un milieu familial et maternel et dont le problème du placement nourricier n'a pas encore été résolu.
 - Chantal est aussi un cas d'enfant ayant été placé en nourrice dès son plus jeune âge, mais a ensuite été reprise par sa mère qui semble s'en occuper beaucoup. Ses balancements ont persisté et semblent être en rapport maintenant avec une arriération affective.
-

OBSERVATION N° 9

Françoise C.,....

Est envoyée à l'âge de 4 ans pour balancements nocturnes venant d'un internat de secours avec le mot suivant :
"Je vous serais très reconnaissant de prendre cette petite fille
"en observation. Elle ne peut être gardée à l'internat car son
"comportement est une gêne pour les autres enfants. Cette enfant,
"plutôt passive en classe, joue normalement mais se déchaîne la
"nuit. Elle se réveille vers 23 heures, se met à 4 pattes sur son
"lit et remue suffisamment pour le déplacer jusqu'à l'autre bout
"de la pièce. Ceci dure 2 heures et se répète toutes les nuits
"depuis la date de son entrée, c'est-à-dire depuis 2 mois. Les
"sédatifs n'ont eu aucune action."

Deuxième enfant d'une mère débile et d'un père ayant
quitté le foyer conjugal, la grossesse fut normale, l'accouchement
normal à terme (P.N. 3 kg. 800).

La mère est restée un mois en Maison de Santé puis,
ne pouvant garder l'enfant, la place. Alors va commencer pour
celle-ci une série de changements successifs. Elle fut d'abord
placée 6 mois chez une nourrice à Paris, puis reprise 3 mois par
sa mère avant d'aller près de Bordeaux chez une autre nourrice qui
la garde 1 an. Les grands-parents, habitant le même pays que la
nourrice et ayant en garde la fille aînée, ne vont que rarement
voir l'enfant et s'en désintéressent. A cette époque, on aurait eu
la notion de balancements diurnes et nocturnes. Nouveau transfert
chez une nourrice du même pays qui la garde 1 an 1/2 environ,
cette nourrice est sourde et bat l'enfant. C'est alors que la mère
la reprend 3 mois avec elle, puis la place chez les Secours de
Saint-Vincent-de-Paul.

Aucune maladie infectieuse, à part de nombreuses
otites et angines.

EXAMEN

Somatique :

Normal, en dehors d'une adénopathie sous-angulo-
maxillaire.

Psycho-moteur :

L'enfant a un aspect ingrat. Elle recherche l'affection, mais timide et très craintive, elle n'établit que des contacts superficiels à son entrée.

- Terman : On trouve un Q.I. de 100 ; mais, nous dit le psychologue : "certainement dévalorisé car elle "ne peut répondre à des questions qu'on ne lui a "jamais apprises."

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

E.E.G. :

On note une surcharge en accidents pointus et des anomalies paroxystiques au cours de l'hyperpnée, mais ces altérations ne permettent pas de rattacher les troubles de cette enfant à une étiologie comitiale.

Radio du crâne : normale.

EVOLUTION

Les mouvements ne se sont pas reproduits à l'hôpital.

La mère a repris l'enfant pour un autre placement, malheureusement !

CONCLUSION

Il s'agit d'une enfant intelligente, ballotée de nourrice en nourrice, rejetée par une mère débile et plus encore par les parents de celle-ci qui acceptent de s'occuper de la soeur aînée mais n'ont jamais voulu s'intéresser à Françoise. C'est l'exemple de l'enfant abandonnée.

OBSERVATION N° 10

Catherine D.

Hospitalisée à l'Hôpital Hérold pour les troubles suivants : elle s'endort difficilement, se réveille vers 2 heures du matin, n'appelle pas et se balance pendant plusieurs heures, puis se rendort. Elle est alors âgée de 3 ans et 3 mois.

Née d'une fille-mère qui gagne petitement sa vie, elle a été placée en nourrice dès sa naissance. La mère, dont la famille n'a pas accepté l'enfant, habite chez sa sœur, elle-même célibataire. Catherine a vécu 18 mois chez la même nourrice qui avait plusieurs enfants et ne semblait ne s'en occuper qu'imparfaitement. Un changement de nourrice intervient vers l'âge de 18 mois. Il apparaît alors rapidement des troubles du sommeil avec agitation, balancements pendant de longues périodes qui empêchaient la nourrice de dormir. Celle-ci prend prétexte de ces troubles pour rendre l'enfant à sa mère, qui la confie à une troisième nourrice. Les troubles persistant, celle-ci rend également Catherine au bout de peu de temps. A part ce balancement et les troubles du sommeil, l'enfant ne présente pas d'autres modifications du comportement. Elle s'est toujours alimentée normalement, n'est pas énéurétique. La mère a pris l'enfant avec elle pendant ses vacances et l'été, Catherine n'a présenté alors aucun trouble du sommeil et s'est très bien attachée à sa mère. Mais, au bout des vacances, l'enfant retourne chez la nourrice et les troubles réapparaissent immédiatement.

Au moment de l'hospitalisation, la mère est très désorientée, elle se débat au milieu de difficultés matérielles et morales que représente pour elle l'éducation de son enfant. Elle pleure souvent au cours de l'entretien et manifeste inconsciemment un rejet de l'enfant.

OBSERVATION AU COURS DE L'HOSPITALISATION

Les premiers jours de l'hospitalisation, Catherine est en plein désarroi. Elle crie dès qu'on l'approche et ne se laisse pas toucher. Toute tentative d'examen est presque impossible et l'enfant paraît atteinte d'une débilité profonde. Quand elle est seule dans sa chambre, elle se balance sans arrêt, soit qu'elle soit couchée sur le ventre et qu'elle heurte du front son lit d'un mouvement incessant, soit qu'elle soit assise et alors se balance d'avant

en arrière. Ce balancement persista toute la journée, n'étant interrompu que par les cris provoqués par l'entrée d'un adulte dans son box. La nuit, les balancements continuent, gênant plus ou moins le sommeil de ses voisins. Elle présente encore des mouvements stéréotypés des mains, consistant en un geste brusque des deux bras, doigts écartés comme pour repousser quelque chose d'imaginaire, ou bien regarde ses doigts qu'elle agit devant ses yeux. Quand on la met en contact avec d'autres enfants, son comportement s'améliore légèrement.

Au bout de quelques jours, son attitude se modifie légèrement. Elle commence à s'accoutumer à son infirmière et pleure moins quand celle-ci rentre dans sa chambre, par contre, la vue d'une personne étrangère déclenche toujours des réactions d'angoisse. Observée dans sa chambre, elle marche d'un pas saccadé ; ne sourient presque pas, son regard reste vague ; elle va et vient sans but précis, promenant ses mains sur le mur avec un air absent, elle semble ne pas remarquer la présence qui l'entoure. Son comportement change brusquement si on la met dans le couloir avec d'autres enfants. Elle se met immédiatement à courir. Ses yeux deviennent gais et rieurs, elle s'anime, pousse des cris de joie, mais son comportement est désordonné, sans activité structurée et sans but précis. De plus, elle ne joue pas avec les autres enfants, mais se trouve très animée par leur présence. On s'aperçoit alors que son langage est presque normal. Elle fait des phrases, emploie des verbes, mais se désigne encore par son nom. Sa compréhension est bonne, elle exécute tous les ordres. L'impression de profonde débilité qu'elle donnait à l'entrée disparaît rapidement pour faire place à une fillette affectueuse. Ses gestes restent cependant très saccadés et brusques.

Au test de BRUNET-LEZINE, son âge mental est de 2 ans 3 mois pour un âge réel de 3 ans 4 mois, mais la testeuse note que l'instabilité de l'enfant et ses gestes désordonnés, en gênant l'exécution des actes précis, diminue l'âge obtenu.

- Au bout de 10 jours, le comportement s'est profondément modifié. L'enfant ne se balance presque plus. Elle rit facilement, cherche à jouer et surtout à attirer l'attention et les marques de tendresse. Elle pleure dès qu'on la quitte.
- Au 20ème jour de l'hospitalisation, un nouveau bilan montre que Catherine s'est bien adaptée à son nouveau milieu. Mais elle se montre très anxieuse. Dès qu'elle voit la porte de la salle ouverte et qu'elle sent qu'elle pourrait partir, elle manifeste

son angoisse par des pleurs et des cris. Cette anxiété semble d'ailleurs plus liée à la salle qu'aux infirmières. En effet, le changement de personnel ne s'accompagne d'aucune manifestation d'anxiété. Par contre, dès qu'on veut la faire jouer dehors avec les autres, l'angoisse se manifeste. Dès qu'on l'habille pour sortir, elle pleure, se débat. Une fois dehors, elle demeure interdite, isolée au milieu des autres, mais se met à crier dès qu'on veut l'écarter du groupe, puis finit par s'habituer et commence à jouer avec les autres. Ses gestes restent toujours saccadés. Elle cherche sans cesse des marques d'affection.

- Un mois après le début de l'hospitalisation, elle demeure très différente des autres enfants. Ses gestes sont maniérés. A certains moments, on constate une conservation des attitudes. Devant les objets, les gestes n'ont pas le caractère cérébelleux parfois signalé, mais les mouvements sont saccadés, brutaux parfois, non mesurés. Cependant, dans l'ensemble, les mouvements sont beaucoup plus précis qu'à l'arrivée. Par contre, le balancement a presque complètement disparu. Mais une courte période d'immobilisation secondaire : un engin ayant duré 3 jours a suffi pour les faire réapparaître.

En résumé :

Après un mois d'hospitalisation, son comportement demeure anormal, marqué essentiellement par une anxiété importante apparaissant dès qu'on veut la faire sortir de la salle et une brusquerie dans les gestes sans incoordination.

EVOLUTION

Cinq mois plus tard, elle est reconduite par la nourrice à cause de son comportement extrêmement mauvais. Les balancements ont repris, elle dort très mal, est très agitée le jour, capricieuse, déchire beaucoup, fait tomber les objets, ne joue jamais de façon stable, ne pense qu'à manger, saisit les objets sans s'intéresser à eux. Son comportement est de régression vis-à-vis du dernier séjour. Elle a été en vacances avec sa mère qui cède à tous les caprices et semble toujours très préoccupée de sa personne. La nourrice est brave mais indolotrice.

Observation au cours de la 2ème hospitalisation :

Les balancements sont peut-être plus intenses qu'au début lors de la première hospitalisation ; soit, qu'assise le dos contre le mur, elle se balance pendant des heures en tapant le mur, soit sur son lit à 4 pattes, provoquant avec le sommier un phénomène de résonnance, ou à plat-ventre, oscille sa tête de haut en bas, scandant le rythme avec force.

EXAMEN

Très belle enfant, physiquement bien développée, pesant 17 kg, 300 pour 3 ans 11 mois.

Examens somatique et neurologique : négatifs.

Psycho-moteur :

- Au Terman : Pour un âge réel de 3 ans 11 mois, on trouve un âge mental de 3 ans 10 mois, d'où Q.I. 98.

L'enfant est suivie en psychothérapie. Les premières séances sont pauvres. L'activité est stéréotypée, discontinue. Le contact est mauvais. L'enfant évoque un comportement de débile. Peu à peu le comportement s'améliore, l'enfant a une activité de plus en plus coordonnée, des gestes de plus en plus précis. Le contact devient meilleur, le vocabulaire s'enrichit.

Cependant les balancements persistent ainsi que, de temps en temps, les mouvements des mains.

Il est à noter que les balancements ont marqué une recrudescence lorsque l'enfant a présenté une rhino-pharyngite et était confinée au lit ; de même lorsque, pour sa coqueluche, on a dû l'isoler dans un box.

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

E.E.G. :

L'activité occipitale de veille est constituée par des fréquences 5-6 c/s assez régulières, bloquées par les stimulations psycho-sensorielles. L'état de pré-sommeil est marqué par une augmentation progressive de la rythmicité et du voltage. Quelques accidents pointus itératifs apparaissent sur les régions occipitales au moment de la fermeture des yeux.

Conclusion : Pas d'altération caractérisée.

CONCLUSION

Il s'agit, en somme, de balancements au moment du sommeil et pendant la nuit, balancements si importants qu'ils provoquent, à 3 reprises, le renvoi de l'enfant par sa nourrice, chez une enfant de fille-mère placée en nourrice dès sa naissance et changée plusieurs fois de nourrice.

Ce balancement a commencé à apparaître dans la période de désarroi qui a suivi le premier changement de nourrice à 18 mois.

Il s'aggrave par la suite dans toutes les périodes de désarroi ; il se produit à ce moment le jour lorsque l'enfant est soit assise, soit couchée sur le ventre, ou bien le soir et la nuit.

Catherine se montre aux tests ayant un retard de 1 an, son comportement est celui d'une enfant abandonnée, après 3 mois d'une vie collective en petit groupe à l'hôpital Hérold.

Après une psychothérapie, son état s'améliore progressivement. Le balancement demeure, mais disparaît presque en même temps que le Q.I. atteint le chiffre de 98 ; il s'agit donc, certainement, d'une enfant d'intelligence normale.

OBSERVATION N° 11

Chantal C...

Est entrée une première fois à l'Hôpital Hérold à l'âge de 2 ans 5 mois pour des mouvements stéréotypés surtout nocturnes, mais pouvant survenir également le jour, mouvements de rotation de la tête accompagnés d'une rotation du buste et de mouvements des membres supérieurs. Le sommeil est, de ce fait, très perturbé.

Lors de l'hospitalisation, nous avons observé que, pendant les mouvements de rotation, les deux bras étaient en élévation, les mains en pronation, loigis légèrement fléchis, la rotation se faisait selon un angle de 90° environ, le rythme assez rapide pouvait varier de 60 à 120/minute. En outre, les pieds étaient parfois animés de mouvements synchrones.

Le jour, l'enfant reste consciente ; elle proteste si l'on s'oppose à l'accomplissement de ses mouvements ; toute excitation forte les interrompt, mais ils reprennent aussitôt.

Placée au milieu des autres enfants, elle semble jouer normalement. Cependant, parfois, elle s'arrête de jouer et comme plongée dans une rêverie intérieure, ses mains effectuent des mouvements de flexion-extension.

Née d'une fille-mère ayant une tuberculose grave et évolutive, elle a dû être placée, dès sa naissance, dans un centre créé à cet effet. Nous ne savons rien de son développement psycho-moteur sinon qu'elle a marché à 22 mois. La mère étant "stabilisée" au point de vue pulmonaire, mais ne pouvant plus travailler (invalidité civile) a repris sa fille avec elle depuis 15 jours.

EXAMEN

Est entièrement négatif sur le plan somatique.

Au point de vue psycho-moteur, un test de BOREL montre, pour un âge de 2 ans 5 mois, un niveau mental de 2 ans.

En conclusion : l'enfant présente un tableau d'"hospitalisme" typique.

EVOLUTION

3 ans 1/2 plus tard, Ghental revient pour ses balancements qui persistent. Elle a maintenant presque 6 ans. Elle a vécu avec sa mère depuis l'âge de 2 ans 1/2, sauf pendant une période de 8 mois où elle a été au bord de la mer, en colonie sanitaire.

Elle se cogne maintenant la tête contre le mur en faisant un bruit très gênant pour l'entourage. La mère semble anxieuse et se lève très souvent au cours de la nuit.

Elle n'est pas énurétique, a un appétit normal, ambidextre.

EXAMEN

Somatique : normal.

Psychologique : un Q. I. de 88 au Terman.

L'enfant semble très attachée à sa mère. A l'hôpital, les balancements ne se sont pas reproduits. C'est une petite fille très affectueuse qui cherche à vous embrasser et bavardage tendrement. Elle est vive avec un comportement très enfantin, essentiellement affectif. Elle n'a aucune acquisition scolaire et sa mémoire est peu exercée. En résumé, elle a une intelligence normale, mais une immaturité intellectuelle.

EXAMEN COMPLEMENTAIRE

E.E.G. :

L'activité occipitale de veille est constituée par des fréquences alpha de 8-9 c/s très irrégulières, discontinues, associées à de nombreuses activités lentes thêta et delta.

Au cours de l'hyperpnée, on note une aggravation progressive du voltage et de la rythmicité des activités occipitales.

Conclusion : Pas de signes paroxystiques de la série comitiale.

Pas de localisation.

Surcharge assez marquée en activités lentes.

Il s'agit d'une enfant de fille-mère, placée en nourrice dès sa naissance mais qui, par suite des circonstances, a été reprise par sa mère. Les balancements ont persisté et semblent en rapport maintenant avec un retard affectif que favorisent les soins d'une mère trop anxieuse.

.....

NEVROSES EN MILIEU FAMILIAL OU ETATS REACTIONNELS

Une autre série de cas concerne les enfants élevés dans le milieu familial.

La première observation, celle de l'enfant Michel A... concerne une situation de rejet d'un enfant non désiré ; la grossesse s'annonce à une époque où le mari était en chômage ; les deux conjoints, étant tous les deux dans une très grande gêne matérielle, se trouvent peu satisfaits de l'annonce de l'enfant ; bien qu'ayant apparemment pris parti de la naissance de Michel, sa mère a toujours eu le souci que cet enfant ne soit pour elle la cause d'aucun ennui, ni dérangement. Cette attitude apparaît lorsqu'elle le conduit plus tard, à 4 ans, aux neuro-psychiâtres. On constate alors sa froideur, son indifférence son manque d'affectivité ; elle ne cache pas d'ailleurs que cet enfant a créé une gêne considérable dans son ménage. Le balancement est apparu à 6 mois, d'abord sous forme d'oscillations de la tête sur l'oreiller, puis de balancements d'avant en arrière diurnes et nocturnes ; plus tard, s'est produite une succion bruyante de la langue ; l'enfant a parlé tard et lorsque l'observation a été prise, l'enfant ayant 4 ans, le balancement avait disparu en même temps que l'enfant commençait à jouer avec ses organes génitaux. La masturbation constituait alors une autre manifestation auto-érotique sur laquelle l'attention de la mère était à ce moment attirée.

Une autre observation, celle de Christian, concerne un garçon de 6 ans 3 mois, de bon milieu familial, difficile et instable, pour lequel la mère s'est déplacée de la province à Paris, pour trouver un remède à ses colères et à son agitation. Il s'agit, en réalité, d'un trouble psycho-névrotique grave, sans arriération intellectuelle. L'enfant a un gros retard de langage, un retard moteur ; la fréquentation scolaire à partir de 4 ans en a fait rapidement un inadapté scolaire et il est devenu bientôt en marge du milieu familial, très tôt rejeté par son père, qui est très agacé par son fils, ne peut le supporter, très choyé par contre par sa mère qui cherche à le protéger de son mari. Cet enfant se balance depuis l'âge de 6 mois et continue à

avoir à l'âge de 6 ans, lorsqu'il est en désarroi ou en état d'infériorité, des mouvements de balancement du corps très particuliers. se mettant à genoux, se balançant ainsi d'avant en arrière, pendant 1/2 heure et plus, quelles que soient les personnes qui le regardent. Il semble qu'il marque, par cette attitude agressive, son opposition vis-à-vis des parents. Le mouvement s'arrête d'ailleurs si on lui commande avec force de s'arrêter ou de faire autre chose. On suit très aisément la transformation des mouvements depuis le balancement du corps jusqu'aux mouvements à 4 pattes.

L'observation de Jean-Didier est celle d'un enfant de 19 mois, appartenant à un bon milieu familial et qui se frappe la tête depuis l'âge de 5 mois, arrivant à s'écorcher et à se faire saigner.

La mère, très fatiguée, a dû prendre chez elle une personne étrangère pour l'aider, et celle-ci a compensé une "carence affective relative" en choyant Didier davantage que ses frères. Les cognements de tête ont redoublé après le départ de cette personne. Ils sont une activité régressive d'un enfant traduisant à la fois un désarroi et un besoin de fixer sur lui l'intérêt de sa mère.

OBSERVATION N° 12

Observation empruntée à O. FLOURNOY, dans le Service
du Professeur HEUYER.

Michel A...

Mme A... ne se souvient pas de son père. Il est mort à la guerre de 1914 alors qu'elle n'était âgée que de 3 ans. Sa mère s'est remariée 3 ans plus tard avec un homme affectueux, lequel avait une fille de 14 ans. En parlant du second mariage de sa mère, Mme A... dit avec amertume : "On ne fait pas ce que l'on veut, cela la regardait". Elle-même s'est mariée avec une personne qu'elle qualifie - ce qui semble à propos - de sérieuse et raisonnable. Elle a eu 2 fils à 2 ans de distance puis, 12 ans après, elle était enceinte de son 3ème fils qui fait l'objet de cette observation.

La grossesse est mal tombée à une époque où l'usine du mari a dû être fermée pour des raisons de chômage et où les soucis matériels empoisonnaient l'atmosphère familiale. Mari et femme, d'abord très mécontents, ont peu à peu accepté cette nouvelle avec résignation, sans le moindre plaisir ; ils se consolaient en espérant qu'il s'agirait peut-être d'une fille. Ils n'ont jamais envisagé de supprimer cet embryon gênant malgré les circonstances qualifiées de particulièrement pénibles. A la naissance de l'enfant, le père a été déçu qu'il ne s'agisse pas d'une fille. La mère, elle, en a aussitôt pris son parti. L'enfant, un beau bébé, a tété sa mère jusqu'à 6 mois et a passé du sein à l'alimentation à la cuiller, sa mère faisant tout ce qu'elle pouvait pour qu'il profite, jusqu'à la dernière goutte, de son lait. Elle a veillé avec une attention méticuleuse à son développement à tous égards, désirant absolument avoir un fils sage comme une image qui ne lui causerait aucun souci, ni dérangement...

C'est à l'âge de 24 mois que Michel s'est mis à inquiéter sa mère du fait qu'il ne prononçait qu'1 ou 2 mots et Mme A... a eu honte de son fils. Afin de cacher son retard, elle a décidé de lui laisser pousser les cheveux pour qu'il paraisse plus bébé. Aujourd'hui encore, âgé de 4 ans et 1 mois, il a de longs cheveux bouclés qui contrastent avec sa carrure de garçon.

Outre le retard de langage, deux autres manifestations de l'enfant ont, à juste titre, préoccupé sa mère, à savoir :

- d'une part : une tendance au balancement : vers 6 mois, il a commencé à faire osciller sa tête sur l'oreiller comme les nourrissons de quelques semaines qui cherchent à têter, puis, lorsqu'il a pu se tenir à quatre pattes, il a frotté son front contre les parois de son lit au point d'en avoir des irritations, des écorchures et des croûtes ; plus tard, enfin, il s'est agi du balancement qu'on observe chez de petits enfants, pour la plupart arriérés, balancement du buste d'avant en arrière, à tout moment de la journée.
- d'autre part : des mouvements avec sa langue consistant en une succion, une façon de têter sa propre langue, mouvements qu'elle a constatés depuis l'âge de 2 ans 1/2 et qui l'ont l'autant plus frappée qu'ils étaient particulièrement visibles lorsqu'elle tenait son fils dans ses bras.

Mme A... a recueilli chez elle la fille de son beau-père, s'exprimant ainsi : "Cette personne-là n'était rien pour moi, mais je n'ai pas voulu qu'elle souffre de notre situation familiale " comme si elle se sentait responsable du second mariage de sa mère : elle était, à ses dires, une véritable maman pour son fils....

Michel dort dans la même chambre que ses parents. Depuis sa tendre enfance, il s'est balancé dans son lit et plusieurs soirs par semaine, inlassablement, sa mère, qui l'entend depuis la salle-à-manger située à l'étage en-dessous, est montée 2 et même 3 fois pour lui dire de dormir, ceci avec une patience vraiment incroyable. Et la mère, bonne observatrice, a remarqué que régulièrement l'enfant cessait de troubler la quiétude familiale dès que ses parents arrivaient pour se coucher.

J'ai eu le loisir d'observer, tout en causant, Mme A... et son fils. Ce dernier n'a cessé d'être en mouvements, essayant d'attirer l'attention par tous les moyens alors que sa mère, parfaitement calme, réagissait avec la même tranquillité à ses multiples incitations ... (ouvrir les tiroirs, fouiller le contenu,) Dix fois de suite sa mère les a fermés ; dix fois de suite, il les a ouverts. C'est lui qui a cédé à cette petite guerre des nerfs.

Changeant de technique, il s'est attaqué au sac de sa mère... Puis a voulu crayonner. Sa mère lui a dessiné un bonhomme sur sa demande, un deuxième et dix identiques. Il a pris, ensuite, mon crayon, puis ma plume. Comme il était calme avec ma plume, se barbouillant consciencieusement les mains d'encre; Mme A... n'é pas réagi. C'est moi qui, par contre, pris d'une légitime inquiétude, ai récupéré mon stylo. Mécontent, Michel s'est mis à pleurer, sa mère est restée paisible. Il a saisi une bouteille d'un produit dont l'étiquette visible indiquait à l'encre rouge "Ne pas avaler" et s'est mis en devoir de l'ingurgiter. Je me suis précipité en riant. Sa mère m'a regardé, impassible.

Il ne faudrait pas croire, d'après ce tableau, qu'une telle personne m'ait donné une impression d'inconscience ou d'indifférence ou d'une image pathologique. Elle fait penser à l'attitude de ces femmes ayant eu beaucoup d'enfants qui, lassées de crier et gronder, ont acquis une maîtrise parfaite de leurs sentiments et un automatisme dans leurs mouvements leur permettant de remédier, sans efforts, aux petits inconvénients de la turbulence....

Ce qui, par contre, me semble anormal, est cette espèce de perfection morale qu'elle présente, soit qu'elle s'interdit de juger le second mariage de sa mère, mais qu'elle fait tout, pendant des années, pour la fille de son beau-père ; soit lorsqu'elle s'interdit d'avoir eu de mauvais sentiments vis-à-vis de l'enfant dont elle était enceinte alors que cette période fut un cauchemar dont, dit-elle, elle ressent encore maintenant les effets, mais qu'elle s'efforce de rester d'une patience surhumaine..... Enfin, la honte d'avoir un enfant qui parle comme un bébé de 18 mois ; honte consciente et qui provoque, d'une part, le camouflage par une chevelure de fillette, d'autre part, une compensation faisant tâche d'huile sous forme d'articulation verbale à laquelle même les voisins prennent part.

Une comparaison avec un terme d'électricité peut s'imposer : dans la relation d'objet que l'enfant crée avec sa mère et dans ses tentatives d'affirmer sa personnalité vis-à-vis de cet objet, il se trouve en présence d'un être qui fait penser à une prise de terre neutralisant automatiquement toute l'énergie mise en mouvement,

Il me semble qu'ayant parlé de la mère, j'ai tout dit de l'enfant, tant ce couple fils-mère forme une unité.

EXAMEN

Cesell : Motricité adaptivité et sociabilité : niveau normal.

Le langage, par contre, correspondoit à 18 mois seulement.

E.E.G. :

Absence d'alpha, sans signe de mal comitial, sans signe de souffrance en foyer.

EVOLUTION

L'enfant fut mis à l'hôpital, puis repris par ses parents avec des conseils pour qu'ils aient une attitude mieux adaptée.

Le balancement a disparu le même jour que l'enfant s'est mis à jouer avec ses organes génitaux, le plaisir auto-érotique global se déplaçant et se localisant au contact des mains et de la sphère génitale.

OBSERVATION N° 13

Christian.

Est amené par sa mère à l'âge de 6 ans 3 mois pour les troubles suivants :

- Il donne de très sérieuses difficultés scolaires ; il suit, cette année, le cours préparatoire dans une école communale, mais vient d'être mis à la porte de la classe à cause de son comportement en marge des autres et de son travail insuffisant.

Son écriture est informe, les cahiers sont très sales, pleins de taches ; des lettres sont oubliées. Il est réprimandé tous les jours.

- Il a de gros troubles du langage : il a parlé tard : premières phrases à 3 ans 1/2 et il a encore du mal à s'exprimer. Il parle bafé.

- Il est très pataud et a également un retard de la motricité.

Cependant, le test de BINET-SIMON le situe à un âge mental de son âge, de même que le test de Mme BOREL-MAISONNY.

Nous apprenons que l'enfant se balance depuis l'âge de 7 mois ; tout d'abord, balancements du corps, l'enfant étant sur le dos ; puis, rapidement, il s'est mis sur le ventre et a entraîné son berceau d'une façon si intense qu'il lui faisait faire le tour de la pièce. Il continue à se balancer, mais a changé sa position. Quand il est en état d'infériorité, quand on l'attrape, quand il a un désarroi, il se met à genoux et se balance d'avant en arrière, cela pendant une durée parfois longue (10 minutes à 1/2 heure) ; il faut toujours l'arrêter en lui donnant un ordre.

Il réagit parfois aussi, si on le gronde, par le sommeil : il lui arrive de dormir et de s'assoupir longtemps.

ANTECEDENTS

Personnels :

L'accouchement a été long, mais l'enfant a respiré et crié de suite ; aucune anomalie neurologique ensuite.

Familiaux :

Le père est officier, actuellement journaliste ;
il est très agacé par son fils.

Il y a deux frères : le plus âgé, Jean-François, qui
agace et bat sans cesse Christian ; le plus petit : Pierre.
Ni Jean-François, ni Pierre n'ont de difficulté de langage. Il
n'y a pas de troubles du langage familial.

CONCLUSION

Cet enfant est certainement, non pas un arriéré,
mais un enfant handicapé par un retard de maturation linguistique
et moteur. Ses difficultés actuelles en font un inadapté à la
vie scolaire de son âge. Comme il ne peut réussir, il a un compor-
tément agressif et instable qui le rend actuellement peu suppor-
table. Il vit bientôt en marge du milieu familial, rejeté par son
père qui veut le mettre en pension. Mais c'est le type même des
enfants qui sont améliorables par des techniques rééducatives.
Il est, au contraire, choyé par sa mère qui cherche à le protéger
de son mari.

OBSERVATION N° 14

Jean-Didier ...

Est conduit à la consultation à l'âge de 19 mois pour :

- Troubles du sommeil : l'enfant dort mal, pleure, semble avoir des cauchemars. De plus, régression nette sur le plan de la propreté diurne.
- Troubles du comportement et du caractère : il fait des colères quand on le contrarie et, sans arrêt se tape la tête.

Si les premiers troubles sont d'apparition récente , le dernier date du jeune âge, c'est-à-dire 3 mois. La mère nous dit que dès que l'enfant a découvert sa propre main et a pu l'animer lui-même, il s'est tapé sur le front, sur les tempes, sur l'oeil en arrivant à s'écorcher et même à saigner. Cependant, la mère ne s'en est pas inquiétée outre mesure, se contentant de panser les plaies ou d'attacher ses mains. Plus tard, il s'est tapé la tête contre les murs et par terre en interposant ses mains entre le sol et lui, cette "kroungomanie" s'étant accentuée récemment.

quatrième enfant d'une famille dont l'aîné a 7 ans. La mère a 27 ans, bien portante, reste au foyer. Le père, bien portant également, est fonctionnaire. L'enfant est né à terme, a crié de suite avec un poids de naissance de 4 kg.200, n'a pas été nourri au sein, a eu sa première dent à 7 mois, a marché à 13 mois, ne dit actuellement que "Papa, Maman". Il a eu la rubéole à l'âge de 8 mois.

Les conditions sociales semblent satisfaisantes et la famille est bien logée. De plus, depuis la naissance de Jean-Didier, la mère, se sentant fatiguée, a pris une personne pour l'aider. Cette personne se serait plus particulièrement attachée à Didier qu'elle aurait connu tout petit : "une véritable passion pour mon fils" dit la mère. Mais cet enfant était laissé seul toute la journée dans son berceau, livré à lui-même les repas donnés à heures fixes, car il y avait 3 autres enfants et les parents, à cette époque, ont dû s'occuper de déménager dans leur logement actuel.

En dehors de cette krougeromanie, l'enfant, jusqu'à l'âge de 15 mois, était sage, dormant bien, ayant bon appétit et commençait à devenir propre. Cependant, il se montrait opposant, n'aimant pas être contrarié. Il acceptait de jouer avec ses frères et sœurs.

Faits importants à noter :

- 1.- Jean-Didier n'est pas encore complètement "sevré", exigeant un biberon le matin et le soir.
- 2.- La mère a noté son retard de langage.
- 3.- Surtout, ce n'est que depuis 4 mois, à une date qui coïncide avec le départ de la famille en vacances, la personne qui s'occupait des enfants n'était pas partie avec eux, que sont apparus, chez Didier, les troubles du sommeil et l'énurésie diurne, en même temps que s'accroissent les troubles du comportement et du caractère.

EXAMEN

Bel enfant pesant 13 kg., dont l'examen somatique et, en particulier neurologique, est normal.

Psycho-moteur :

- | | | |
|-------------|----------------------|-----------------|
| - Au Gesell | . motricité | : 18 à 21 mois, |
| | . adaptivité | : 18 mois |
| | . réactions sociales | : 18 mois |
| | . langage | : 10 mois, |

D'où niveau normal pour l'âge, sauf retard de langage.

EXAMEN COMPLEMENTAIRE

E.E.C. :

Quelques potentiels pointus sur les régions occipitales pendant le sommeil. Pas d'anomalies bien caractérisées malgré tout.

EVOLUTION

L'enfant est pris régulièrement en psychothérapie dans la salle de jeux, mis de bonne heure, à l'âge de 2 ans, à l'école et soumis, à certains moments, à une médication neuro-sédative ; on observe une amélioration du sommeil, en même temps que l'enfant recommence l'éducation de ses sphincters. Les troubles du comportement persistent, une courte séparation du foyer familial amène un progrès déterminant.

Actuellement, l'enfant n'a plus de mouvements de la tête, il a rattrapé son retard de langage et est très bien adapté au milieu familial.

CONCLUSION

La mère, intelligente, s'est trouvée à un certain moment débordée par sa tâche. Les troubles coïncident avec le départ de la personne qui s'occupait de l'enfant et faisait une différence nette entre lui et les autres. Les cognements de tête semblent avoir été une activité régressive traduisant à la fois un désarroi et un besoin de fixer sur lui l'intérêt de sa mère.

REJARDS AFFECTIFS

Enfin, le désordre affectif peut être à peine apparent.

Voici, entre quelques, deux cas d'enfants dont les balancements coexistent avec un retard affectif mineur.

OBSERVATION N° 15

Christophe P....

Est amené à la consultation à l'âge de 8 ans pour des mouvements d'oscillation de la tête de droite à gauche, celle-ci allant frapper le mur, depuis l'âge de 5 mois. C'est vers 2 heures 1/2 du matin que ces mouvements commencent. Ils persistent 1/2 heure et sont suivis d'un arrêt d'une demi-heure, puis reprennent et ainsi de suite jusqu'au lever du jour. La mère se lève de nombreuses fois dans la nuit pour essayer d'arrêter l'enfant. Elle lui prend la tête ou lui parle et les mouvements s'arrêtent quelques secondes, puis recommencent.

Enfant unique, né d'un père et d'une mère âgés (la mère a actuellement 51 ans), la grossesse et l'accouchement se firent normalement. Le développement psycho-moteur fut normal, compte tenu d'une instabilité psycho-motrice.

EXAMEN

Somatique : normal . Bel enfant.

Psychologique : Son intelligence est normale, mais c'est un enfant

instable, bougeant tout le temps et qui a du mal à fixer son attention, mais arrive, malgré sa mauvaise conduite, à être 13ème sur 30.

Christophe est très bébé, passif, très dépendant de sa mère. Celle-ci le fait manger. Il n'a aucun camarade, ne sort jamais seul dans la rue.

CONCLUSION

Comportement de retardé affectif..

OBSERVATION N° 16

Philippe R...

Est amené pour balancements nocturnes à l'âge de 11 ans. Cette manie a débuté à l'âge de 7 mois à la suite d'une rhino-pharyngite aiguë avec fièvre élevée, vomissements en même temps que poussée dentaire. L'enfant, à quatre pattes, se balançait en se tapant la tête sur ses couvertures et en chantant ; attaché, il projetait sa tête contre son lit,

Ces mouvements coïncident, au départ, avec l'endormissement, se répétaient plusieurs fois au cours de la nuit lorsque l'enfant dormait d'un sommeil, semble-t-il, moins profond, sommeil qui, à cette époque, s'accompagnait de cris, et une cure de Gardénal de 8 jours aurait stoppé tout mouvement, mais ceux-ci auraient repris après l'arrêt du traitement,

Actuellement, les balancements se produisent deux ou trois fois au cours de la nuit ; la mère se lève à chaque fois pour essayer d'arrêter le bruit que fait le lit en se déplaçant.

Aîné d'une famille de 3 enfants. Avant la naissance de Philippe, les parents auraient perdu une fille de 8 mois à la suite d'une mastoïdite. Le père est instituteur, la mère institutrice, hyperthyroïdienne, paraissant anxieuse et craintive.

On peut penser qu'elle fut pour quelque chose dans les terrours qu'aurait présenté l'enfant dès son plus jeune âge, telles que : peur de son ombre, peur du vide ou d'un objet quelconque, ainsi que dans l'arriération affective qu'il présente encore actuellement. Il suce encore son pouce.

La grossesse et l'accouchement se passèrent normalement. P.N. 3 kg. 750. Nourri au sein 4 mois, son développement psycho-moteur fut normal. Il a marché à 14 mois. Il a rapidement parlé et a été propre la nuit à 2 ans. Actuellement, c'est un excellent élève en classe.

EXAMEN

Bel enfant en début de puberté (P I - A I) .
L'examen somatique et, en particulier, neurologique est entièrement négatif.

TESTS

Progressives matrices :

Ce test montre qu'il s'agit d'un enfant intelligent.
75 à 90 par centil.

T.A.T. :

Enfant très bébé. On ne note aucune anxiété.

Sentiment de responsabilité très fort vis-à-vis
de ses soeurs. Bonne identification.

CONCLUSION

Il s'agit d'un petit retard effectif, chez un enfant
appartenant à une famille de tiqueurs.

- III -

L'ENFANT

APPAREMMENT NORMAL

ENFANTS NORMAUX

Il faut maintenant étudier les balancements chez les enfants apparemment normaux. C'est un fait de constatation fréquente, en effet, que de voir, au cours d'une consultation d'enfants, des manifestations de cet ordre. Quelle en est la fréquence ?

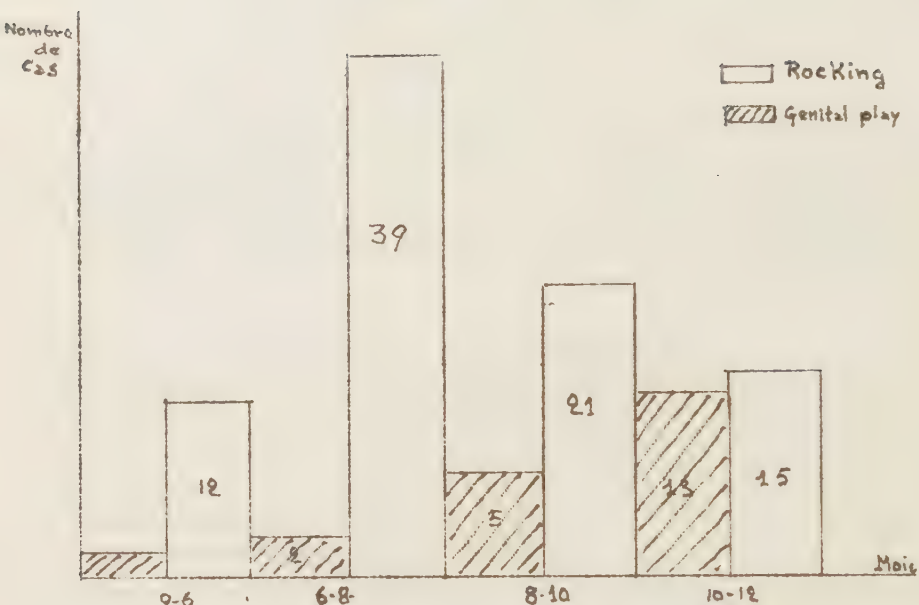
Une enquête sur une centaine d'enfants de consultation de nourrissons et d'enfants plus grands dans un milieu populaire nous a montré qu'à peu près 12 % (1 sur 8) présentaient soit des mouvements de la tête, soit des balancements du tronc. Les mères disent, en général, que cela a commencé à 6 mois, quelquefois plus tôt, à 3 au 4 mois et généralement par des mouvements de la tête qui se déplace latéralement sur l'oreiller ; ces mouvements se poursuivent après 8 mois lorsque l'enfant se met en position assise, soit par des mouvements de la tête, soit par des balancements du corps, soit par des mouvements analogues, l'enfant étant couché sur le ventre. Ils disparaissent en général lorsque l'enfant a 15 ou 16 mois.

L'opinion donnée par SPITZ et Catherine WOLF est que les fréquences des balancements ont leur maximum entre 6 et 8 mois, diminuent légèrement de 8 à 10 mois, s'atténuent nettement entre 10 et 12 mois pour disparaître presque complètement après 18 mois.

- Sur 170 cas : 87 "rocking" (balancements), dont :

. 12 cas	de	0	à	6	mois
. 39 "	"	6	"	8	"
. 21 "	"	8	"	10	"
. 15 "	"	10	"	12	"

Les manifestations d'autoérotisme génital (genital play) apparaissent, au contraire, à partir de 8 à 10 mois et s'accroissent par la suite.



Le fait qui est surtout à souligner est la fréquence différente de ces manifestations suivant les conditions de vie. Les balancements sont relativement rares lorsqu'il s'agit d'enfants dans une famille normale. R.A. SPITZ et K. WOLF, sur 17 enfants dans une famille normale, où les relations avec la mère sont bonnes, ne trouvent qu'un seul cas de balancement. Dans une pouponnière où l'enfant vit constamment, les balancements sont, par contre, beaucoup plus fréquents.

Dans deux pouponnières examinées, nous voyons qu'à peu près un enfant sur deux présente de temps en temps ces manifestations. C'est aussi ce que dit SPITZ qui le relève 87 fois sur 170 enfants examinés dans une pouponnière. SPITZ et K. WOLF admettent, dans ces conditions, que le balancement est la caractéristique d'une carence maternelle relative,

Ils pensent qu'il coïncide cependant avec un certain degré d'effectivité des relations mère-enfant car, disent-ils, dans des maisons d'enfants (Foundling Home), où l'on ne s'occupe des enfants que matériellement et pour ainsi dire pas affectivement, il n'y a aucun balancement (1).

Le balancement s'observe donc davantage lorsque les relations mère-enfant sont réduites.

Mais il y a aussi des balancements qui se produisent chez des enfants vivant dans de bonnes conditions familiales. On peut alors les voir exceptionnellement se prolonger très tard. Il n'est pas rare de voir, chez des enfants de 8 à 10 ans, non plus des balancements véritables, mais des mouvements d'oscillation de la tête, limités alors à la période d'endormissement ou pendant les périodes où le sommeil est moins profond. Ces mouvements spontanés, que rien n'explique, produisent souvent un grand bruit. L'enfant peut déplacer son lit, et le bruit des pieds du lit sur le sol est très déplaisant pour l'entourage. Il peut y avoir aussi des bruits produits par la tête contre les bords du lit ; d'autres enfants s'accroupissent et font, avec le corps, des mouvements de va-et-vient, eux aussi bruyants.

A dire vrai, seuls les enfants eux-mêmes ne sont pas gênés par leur automatisme : celui-ci leur est nécessaire pour s'endormir. Ils s'endorment ainsi dans une position paradoxale où leur automatisme les a placés. Par contre, leur entourage est extrêmement gêné par le bruit. Il est aussi assez souvent inquiet de voir l'enfant avoir une activité aussi paradoxale ; tout cela l'amène parfois à consulter le médecin.

(1) - Correspondrait à ce qu'a décrit Mme AUBRY chez des enfants séparés de leur mère dès la naissance et qui présentent des mouvements anormaux des mains : "l'automatisme de ces enfants est plus marqué que celui des enfants qui se balancent ; il semble que, dans ces cas, la carence de soins maternels ait provoqué une désintégration de la structure psychique."

NATURE DES BALANCEMENTS
et des
MOUVEMENTS de la TÊTE

La date précocce à laquelle commencent ces mouvements, en général, qu'il s'agisse d'oscillations de la tête ou de balancements du corps, les situe comme la manifestation la plus primitive, la plus archaïque des manifestations autoérotiques de l'enfance. Il semble naturel de penser que l'enfant est naturellement conduit à rechercher une sorte de balancement qu'il s'administre lui-même, faute de la recevoir ; il se donne ainsi une satisfaction en se berçant lui-même, soit en berçant sa tête ou en se berçant le corps ; plus il grandit, plus il devient capable d'avoir une attitude plus libre de la tête et plus le mouvement du corps tend à remplacer le mouvement de la tête. C'est plus tard, enfin, qu'il devient capable, s'il conserve le même automatisme, d'exécuter des mouvements complexes, se mettant à 4 pattes.

Le seul problème qui se pose est de savoir pour-
quoi alors la plupart des enfants cessent cet automatisme à
13 ou 18 mois, pourquoi certains autres conservent ces mouve-
ments plus longtemps ou beaucoup plus longtemps ?

1. *Introduction*

2. *Methodology*

3. *Results*

The first part of the study, the introduction, sets the context and outlines the objectives of the research. It discusses the importance of understanding the relationship between the variables under investigation and the need for a systematic approach to data collection and analysis. The methodology section describes the research design, the sample selection process, and the statistical methods used to analyze the data. The results section presents the findings of the study, including the descriptive statistics and the results of the hypothesis testing. The discussion section interprets the results in the context of the existing literature and provides suggestions for future research.

The second part of the study, the methodology, details the research design and the data collection process. It describes the use of a random sampling method to select the study population and the use of a structured questionnaire to collect data. The statistical methods used include descriptive statistics, correlation analysis, and regression analysis.

4. *Conclusion*

CAUSE DES BALANCEMENTS
et des
MOUVEMENTS DE TÊTE PROLONGES

Quels sont les facteurs à incriminer dans la persistance de ces mouvements ?

- 1.- La satisfaction primitive que se donne l'enfant par le balancement peut se conserver, cela va de soi, s'il s'agit d'un enfant extrêmement arriéré, dont la curiosité, vis-à-vis des objets ne s'éveille pas ou de façon extrêmement réduite. Telle est vraisemblablement la signification des balancements chez les enfants idiots.
- 2.- Une autre interprétation est nécessaire lorsqu'il s'agit d'enfants en état d'abandon ou névrosés, ou même d'enfants dont l'arriération est moins importante et qui devraient trouver autour d'eux les intérêts suffisants. Ces intérêts, l'enfant ne les trouve pas ici, non parce que, comme l'arriéré, il est incapable d'éveiller sa curiosité, mais parce que l'entourage ne lui apporte pas les matériaux nécessaires qui lui permettent d'explorer le monde et d'affirmer son "Moi".

Pour le nouveau-né, comme l'ont montré les psychanalystes et en particulier R.A. SPITZ, l'entourage est fait d'un seul individu ; la Mère ou son substitut ; et cet individu n'est pas perçu en tant qu'entité séparée de lui, mais fait simplement partie de l'ensemble de ses besoins et de sa satisfaction. L'enfant trouve sa sécurité entière dans l'attitude que lui offre sa mère. Ce sont les signaux affectifs que l'enfant a reçus de la part de la Mère, leur qualité, leur constance, la certitude de la stabilité que ces signaux lui offrent, qui assurent son développement psychique normal.

Toute carence maternelle risque donc de perturber gravement le développement psycho-moteur et affectif de l'enfant. C'est pourquoi les enfants traînent d'un hôpital à une fondation, sans foyer, sans lien valable, comme l'a montré Mme ROUDINESCO

ne peuvent trouver seuls l'activité qui leur permet de s'épanouir recherchent, dans les balancements, une activité de compensation. Le balancement calme l'enfant dans son désarroi, il représente une lutte contre l'anxiété.

Le rôle de l'anxiété est donc capital chez ces enfants en état d'abandon, mais elle se développera plus facilement sur un terrain névropathique. Nous avons trouvé avec une grande fréquence, dans les familles de nos balanciers, des psychopathies diverses : anorexies mentales, énurésies, mais aussi débilité, épileptoidie, etc... névroses obsessionnelles, familles de tiqueurs.

3.- Certains ont voulu faire jouer un rôle à la "restriction des mouvements" (LEVY) ou "Frustration motrice" (RACAMIER). Les mouvements stéréotypés des animaux captifs sont bien connus. En parcourant les jardins zoologiques, on peut être frappé d'y voir l'ours balancer sa tête en se dandinant, ou le lion dans sa cage tourner misérablement sur lui-même, semblent exprimer la résignation ou la colère. Nous avons même surpris le rhinocéros cognant sa tête contre le rocher à maintes reprises. Cet animal, qui effectue un va-et-vient continu dans son enclos, semble bien avoir présenté un accès de kroukromanie.

Manque d'espace, changement de milieu font apparaître chez les animaux des mouvements stéréotypés et cette vie hors nature, qui peut les conduire au marasme et à la mort, représente pour certains l'illustration expérimentale de ce qu'on peut observer chez l'homme.

Dans le cas de notre petite Catherine, nous avons noté que, lors des épisodes infectieux successifs qu'elle avait présentés, la confinant au lit, il y avait eu reprise de ses balancements et que cette période s'était marquée par une régression.

En réalité, il y a loin de l'animal à l'homme et si la restriction motrice peut entraîner, chez celui-ci, l'apparition de mouvements stéréotypés, c'est que des facteurs psychiques et affectifs entrent alors en jeu. Il y a bien des enfants vivant dans un espace réduit qui ne se balancent pas et inversement.

EVOLUTION

"THE PSYCHOLOGICAL REVIEW" 1931

C'est par une activité ludique que l'enfant peut explorer le monde qui l'entoure et affirmer son "Moi".

Dans les cas de carences affectives graves, les mouvements stéréotypés opposent une barrière à tout contact avec le monde réel : l'enfant devient inconscient de ce qui se passe autour de lui, incapable de s'intéresser aux personnes et aux jouets. Il se produit alors un cercle vicieux et si celui-ci n'est pas rompu, l'évolution se montre défavorable.

L'étude des danses chez les primitifs est très instructive parce qu'elle nous montre les conséquences fâcheuses qu'entraînent l'action hypnotique du rythme et le renouvellement du geste stéréotypé. Dans son livre sur les danses, P. de FELICE nous dira : "Cette agitation frénétique ne peut manquer d'aboutir à une sorte d'intoxication nerveuse et après une période d'excitation, risque de s'achever, à plus ou moins brève échéance, par une éclipse partielle ou totale de la vie consciente, et même par la catalepsie et le coma."

Une psychothérapie est donc nécessaire pour amener l'enfant à abandonner ses mouvements au profit d'une activité réelle.

Dans les cas d'arrération peu profonde, il est nécessaire de rechercher la carence affective comme cause des mouvements automatiques. Une éducation, une psychothérapie pourront arriver à bout de ces mouvements, en reclassant le sujet dans la société et en lui donnant une activité propre à son niveau mental. Il aura conscience de participer à une tâche et se sentira utile.

Chez l'arriéré profond, on a vu la fréquence des mouvements auto-agressifs, conduisant à une automutilation plus ou moins importante. Il est souvent utile de protéger ces êtres contre eux-mêmes et alors de faire la part des phénomènes psychotiques évolutifs surajoutés, car on a vu que les neuroleptiques pouvaient agir dans ces cas (Joëlle).

Reste à envisager l'évolution des mouvements automatiques que l'on rencontre chez l'enfant en apparence normal, mouvements limités aux phases d'endormissement ou aux périodes où le sommeil est moins profond. Ces mouvements automatiques peuvent persister jusqu'à un âge avancé, on l'a vu ne dépassant pas, en règle, la puberté (1). Mais, leur évolution est capricieuse ; et la séparation d'avec le milieu familial n'apporte pas toujours le déconditionnement nécessaire.

Cette durée variable, n'obéissant à aucune règle, d'un acte automatique qui aurait eu autrefois une raison et un but (autosatisfaction par le bercement) mais dont cet enfant trop jeune n'a pu avoir conscience (2) et qui répond, par conséquent, à la définition même de la stéréotypie telle que l'a définie Xavier ABELY, cette durée variable a été bien soulignée par ce dernier: "Une stéréotypie enracinée depuis plusieurs années et devenue automatique peut disparaître sans qu'on puisse connaître la cause de cette disparition. Certaines persistent toute la vie ; d'autres cessent au bout de quelques jours."

Pour illustrer ce fait, voici l'observation de
Rosine B.

Mongolienne.

Hypotonique, se développant de façon satisfaisant pour une mongolienne.

Vers 3 ans 1/2, on lui trouve un âge mental d'environ 8 mois.

A l'âge de 2 ans, apparaissent, sans raison apparente, des gestes stéréotypés qui consistent en une inclinaison du corps en

(1) - Un cas d'un garçon de 17 ans ayant conservé ses balancements au moment de s'endormir, nous a été signalé.

(2) - Correspond au contenu "affectif" de Xavier ABELY.

avant avec tout un mouvement du membre supérieur droit comme pour donner la main. Les gestes se terminent sans raison par quelques mouvements répétés de l'avant-bras et de la main, puis s'arrêtent.

Tous les gestes sont les mêmes.

L'on se demande s'il ne s'agit pas d'une forme de spasme ou flexion.

Mais l'E.E.G. est normal.

Ces mouvements ne durent que quelques mois, disparaissent comme ils sont apparus.

La mère pense à une origine psychogénétique et pense que c'était une sorte de suppléance de la parole absente ou une expression d'une rêverie intérieure qui amenaient l'enfant à faire ces gestes.

Cependant, ces gestes avaient un caractère nettement stéréotypé.

L'enfant est revu à 4 ans, n'ayant plus aucun mouvement particulier. Son développement mental se fait assez bien.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Le diagnostic différentiel se fera essentiellement avec deux affections qu'on appelle :

- Le spasmus nutans
- Le spasme en flexion.

C'est ainsi qu'on parle de "tic de Salaam" ; les uns affirment qu'il s'agit d'un équivalent épileptique, les autres le nient. La nécessité d'une mise au point s'impose ainsi qu'une recherche de l'origine de ces termes. Cette origine remonte à 1849.

C'est NEWHAM, de Manchester, qui a rapporté, dans le British Record of Obstetric Medicine, 4 observations d'une affection inconnue jusque là et qu'il nomme "Eclampsia nutans" ou "Salaam convulsio".

= Spasmus nutans et Tic de Salaam étaient, autrefois, deux termes qui désignaient la même affection.

Cette affection fut étudiée en France par :

- . DESCROIZILLES : 1886
- . J. NOIR : 1892
- . JACQUET : 1903
- . GRANVAL : 1906
- . CRUCHET

A l'étranger, de nombreux autres termes furent employés. Jugeons-en plutôt :

- . Spasmus rotatorius
- . Salaam krampfe
- . Salaam gruss
- . Nictitatio spastica
- . Nickkrampfe
- . Clonische accessorius krampf

- „ Head-Shaking - Head-jerking - Head nodding
- „ Cyrospasm
- „ Nodding spasm.

De nombreux auteurs également furent intéressés
à la question :

„ FABER	: 1850
„ HENOCHE & ROSBERG	: 1851
„ HADDEN	: 1890
„ BAUDNITZ	: 1897
„ PETERSON	: 1892
„ ALDRICH	: 1899
„ OPPENHEIM	: 1894
„ MILLER COMBY	: 1890
„ HILL	
„ HERMAN	
„ MORO	: 1914

pour ne citer que les principaux.

Le mot "Salaam (1)", sans doute dans l'idée des auteurs fut-il employé pour y désigner, plus spécialement, les mouvements de flexion d'avant en arrière qu'on pouvait rencontrer dans cette affection imitant un salut à la mode orientale.

Cette affection fut, tour à tour, décrite comme étant d'origine :

- 1.- Epileptique : (FERE, DESCROIZIILES, MEIGE et FEINDEL)
- 2.- Rachitique : (KASSOWITZ, RAUDNITZ)
- 3.- Toxi-infectieuse : (apparaissant après une rougeole ou une coqueluche).
- 4.- Dentaire : (HENOCHE : survenant avant une poussée dentaire et cessant dès l'éruption).
- 5.- Néoplasique : (KERAVAL : dans un cas on trouva une tumeur de la face interne du cervelet et de la protubérance).
- 6.- Essentielle et là les auteurs parlent d'épidémie de Tic de Salaam

(1) - "Salaam" vient de Salamalec : salut turc, révérence profonde exagérée; de l'arabe salam qui signifie "paix" et de alefkoum qui veut dire "sur vous".

dans les selles d'enfants le confondent probablement avec les balancements des enfants qui "s'ennuient" dans les selles d'hôpitaux et avec de réels tics qui se propagent par contagion (description de JACQUET).

Ainsi, cette curieuse maladie des anciens auteurs désignait ce qu'on connaît aujourd'hui sous le nom :

- de spasme en flexion ou Massive spasm (HSI CHICH CHAO FRED et TAYLOR), d'origine épileptique qu'on peut rencontrer vers l'âge de 6 mois chez des enfants dont le tracé E.E.G. correspond à ce qu'a individualisé GIBBS sous le nom d' "Hypserythmia et qu'on appelle aussi Dysrythmie lente majeure".
- de formes salutantes, de formes avec rejet de la tête en arrière, de formes giratoires que l'on observe dans certaines variétés du petit mal (ALAJOUANINE).
- de mouvements stéréotypés de rotation de la tête (jactatio capitis nocturna ZAPPERT) ou de balancement du tronc qui font l'objet de cette thèse).
- de spasmus nutans décrit par DEBRE en 1947.

C'est à ce dernier qu'il convient maintenant, pensons-nous, de réserver le nom de spasmus nutans.

Ainsi, se sont peu à peu individualisés différentes affections dont l'autonomie n'est plus discutable,

Le tic de Salaam ne désigne actuellement plus rien de précis. C'est ce qui explique la divergence des auteurs modernes sur cette expression. Certains (la majorité) en font encore un équivalent épileptique, tandis que d'autres le réservent aux balancements stéréotypés des idiots (SCHACHTER). D'autres, enfin, continuent d'appeler spasmus nutans un équivalent épileptique. (KOHLER LYON 1956).

Alors que, pour certains, "tic de Salaam" et "spasmus nutans" demeureraient synonymes, pour d'autres, devenus deux entités différentes, ils pouvaient se trouver associés chez un même sujet (CALZADA 1941).

ZOLLWEGER et HESS en 1950 décrivent sous le nom de "B.N.S." (BLITZ, NICK, SALAAM) krampe une maladie d'origine épileptique, correspondant à celle des spasmes en flexion.

Il nous reste maintenant à exposer l'entité nosologique décrite par R. DEBRE sous le nom de spasmus nutans :

= c'est une affection qui survient entre le 4ème et le 12ème mois. Une description des mouvements (Thèse de BOUJON, inspirée par R. DEBRE) montre que ce sont des mouvements de la tête :

- . soit de latéralité : l'enfant semble dire "non"
- . soit de flexion d'avant en arrière : l'enfant semble dire "oui",
- . soit de rotation avec inclinaison de la tête possible sur l'épaule droite puis sur l'épaule gauche.

Il peut donc, chez un même sujet, y avoir combinaison des 3 directions, celle-ci pouvant varier d'un moment à l'autre.

Ce sont des mouvements lents : 30 à 40 par minute, de faible amplitude (quelques cm. à 25 cm.), survenant le plus souvent par crises.

Ils disparaissent au cours du sommeil et sont modifiés par l'attention. Ils sont associés au nystagmus. L'évolution est bénigne.

CONCLUSION : On s'accorde, en général, aujourd'hui, pour identifier comme syndrômes bien définis :

Le spasme en flexion :

Mouvements globaux et symétriques de la tête, du corps et des bras, dont la nature comitiale est certaine, et qui rassemblent la majorité des faits discutés autrefois sous le nom de tic de Salaam.

Le Spasmus nutans : oscillations intermittentes de la tête qui sont sans gravité.

Ces deux états doivent être distingués des mouvements automatiques auxquels nous nous intéressons ici.

THERAPEUTIQUE

CHEZ LES ARRIERES

Il est bien souvent nécessaire de protéger ces pauvres êtres contre eux-mêmes : les mouvements auto-agressifs conduisent, par leur intensité, à des phénomènes d'automutilation. Leur lie-t-on les bras et les jambes, ils arrivent quand même à se taper la tête contre les bords du lit.

L'emploi de neuroleptiques à fortes doses, comme dans le cas de la petite Joëlle, a apporté une arme efficace, permettant de calmer bien souvent ces enfants.

DANS LES CARENCES AFFECTIVES

Le seul traitement est la PSYCHOTHERAPIE.

CHEZ LES ENFANTS NORMAUX

Il est souvent nécessaire d'éviter les inconvénients de ces mouvements, plus peut-être pour l'entourage, qui est extrêmement gêné par le bruit, que pour l'enfant lui-même.

Il convient surtout de supprimer la phase intermédiaire entre la veille et le sommeil, favorable à l'apparition de ces mouvements et l'emploi ici, non de soporifiques, mais le tranquillisants a donné souvent de bons résultats;

CONCLUSIONS

- 1.- Cette étude porte sur l'ensemble des mouvements stéréotypés du corps et de la tête propres à l'enfant et surtout à la petite enfance : balancements du corps, oscillations et "cognements" de la tête, qui se produisent dans un état de demi-conscience (mouvements dits "automatiques") et répondant à un besoin instinctuel élémentaire (autoérotisme).
- 2.- Leur survenue, chez les enfants arriérés, est bien connue et comporte des aspects divers.
- 3.- On les observe aussi chez les enfants qui souffrent d'abandon, ou la carence affective dans le milieu familial et, au cours de certains états névrotiques de la petite enfance, entraînant une régression ou un retard affectif. Des observations sont présentées qui répondent à ces diverses circonstances.
- 4.- Il est surtout important de les étudier chez des enfants apparemment normaux :
 - oscillations de la tête avant 6 mois
 - balancements du corps ou mouvements de la tête entre 6 et 12 mois,
 - parfois, ces mouvements persistent beaucoup plus tard, voire jusqu'à la puberté, revêtant chez chaque enfant des caractères particuliers et se produisant uniquement au moment où il s'endort ou quand il se réveille à moitié.

La fréquence de ces mouvements, surtout dans le jeune âge, varie beaucoup avec les conditions de vie : ils sont beaucoup plus communs dans les pouponnières et les collectivités que dans le cadre familial.

5.-

La survenue successive, dans certains cas, chez le même enfant, d'abord de balancements du corps, puis, plus tard, de mouvements de la tête ou de mouvements complexes du corps, les caractères communs de ces mouvements : rythme, survenue pendant les périodes d'obscurcissement de la conscience, autorisent à relier les uns aux autres ces diverses manifestations.

6.-

Il semble s'agir de manifestations d'autosatisfaction (auto-érotisme) par lesquelles l'enfant, d'abord se berce, puis remplace le bercement par des mouvements substitutifs. Elles sont à rapprocher d'autres manifestations autoérotiques, en particulier la succion du pouce, les jeux avec les organes génitaux. Elles traduisent un besoin plus précoce : c'est, en date, la première des manifestations de cet ordre.

C'est la raison pour laquelle on les voit si communément chez les oligophrènes et les enfants abandonnés.

Cependant, leur persistance, jusqu'à un âge parfois avancé (8 à 10 ans chez des enfants apparemment normaux) pose un problème étiologique mal résolu.

VU & PERMIS D'IMPRIMER :

Le RECTEUR de l'ACADEMIE de PARIS :

J. SARRAILH

Le DOYEN de la FACULTE de MEDECINE
de PARIS :

L. BINET

Le PRESIDENT de la THESE :

J O A N N O N

BIBLIOGRAPHIE

PROFESSEUR Gilbert BALLET

LES STEREOTYPIES.

Revue générale de clinique et de thérapeutique, 1910.

BESSIONES.

LES STEREOTYPIES DANS LES ETATS DEMENTIELS

Annales médico-psychologiques, 1906.

Xavier ABELY.

LES STEREOTYPIES

Thèse Toulouse 1916.

GUIRAUD P.

ANALYSE DU SYMPTOME STEREOTYPIE.

Encéphale 1936 - p. 229 - 270.

FROMM - REICHMANN F.

PRELIMINARY NOTE ON EMOTIONNEL SIGNIFICANCE
OF STEREOTYPIES IN SCHIZOPHRENIES.

Bulletin of the Forest Sanitarium
April 1942 - p. 17 - 21.

KLAESI J.

LE SENS ET LA GENÈSE DES STEREOTYPIES

Karger éditeur. Berlin 1922.

LAIGNEL LAVASTINE ET COURBON.

STEREOTYPIES DE LA MARCHÉ, de l'ATTITUDE ET DE LA
MIMIQUE AVEC REPRESENTATION MENTALE PROFESSIONNELLE
DE L'OUÏE CONSECUTIVE AUX EMOTIONS DU CHAMP DE
BATAILLE.

Annales Médico-psychologiques 1916.

WALLON.

STEREOTYPIE INERTIE SYSTEMATIQUE ET PERTE DE NOTION
DE TEMPS.

Encéphale 1914.

JANSSENS.

OVER STERBOTYPIEN EN VERWANTE VERSCHYNSSELEN 1917

Psychiatrische en neurologische Bladen

Amsterdam X X 467 - 476.

HEUYER - MISES POPOFF.

EVOLUTION SCHIZOPHRENIQUE DE CERTAINES ARRIERATIONS
MENTALES.

Annales médico-psychologiques - Décembre 1956

LAPPERT J.

UEBER NACHTLICHE KOPFBEBWEGUNGEN BEI KINDERN
(Stéréotypies infantiles nocturnes)

Jahrbuch für Kinderheilkunde und physische Erziehung
1905.

CRUCHET.

- SUR UN CAS DE TIC DE LA TETE ET DU TRONC N'EXISTANT
QUE PENDANT LE SOMMEIL.

Gazette Sc. Médic. - Bordeaux 1904.

- CONTRIBUTION A L'ETUDE DES RYTHMIES D'HABITUDE
DU SOMMEIL.

Ibid. 1906.

LOURIE R.S.

- THE ROLE OF RHYTHMIC PATTERNS IN CHILDHOOD.

American Journal of Psychiatry - 1949 - 653 - 660

- STUDIES ON BED-ROCKING, HEAD BANGING RELATED
RHYTHMIC PATTERNS.

Clin. Proc. of the children.

S. Hosp. 1949 - 295-302.

MAHLER M. and GROSS I.H.

PSYCHOTHERAPEUTIC STUDY OF TYPICAL CASE WITH TIC
SYNDROME.

Nerv. Child. July 1945 - 4 - 359 - 373.

MAHLER M.S. LUKE J.A. and DALTROFF W.

CLINICAL AND FOLLOW-UP STUDY OF TIC SYNDROME
IN CHILDREN.

American Journal of Ortho-psych. - Octobre 1945
631 - 647.

FITZ HERBERT J.

THE ORIGIN OF HEAD-BANGING.

Journal of Mental Science 1950 - p. 793 - 795.

A.CREMIEUX LEGREE ET PORRO.

SUR QUELQUES CAS DE RYTHMIES DU SOMMEIL.

Pédiatrie 1950 - 39 N° 4 - 445 - 450.

SCHACHTER M.

ETUDE SUR LES RYTHMIES DU JOUR ET DU SOMMEIL
CHEZ L'ENFANT.

Encéphale 1954 - N° 2 - 43 - 173 - 192.

SPITZ R.A.

- " HOSPITALISM " Psychoanal. Stud. of Child.

New-York Inter. Univ. Press - 1945.

- GENESE DES PREMIERES RELATIONS OBJECTALES

Revue franc. psychan. Oct. Déc. 1954.

- " AUTOEROTISM " Psychoanal. Study Child.

1949 - 3 - 4.

Mme AUBRY.

CARENCE DE SOINS MATERNELS C. I. E.

Presses Universit. de France.

DOUMIC A.

SUCCION DU POUCE.

Journée Franç. de Pédiatrie - 1952.

A. FREUD ET BURLINGHAM.

ENFANTS SANS FAMILLE.

Presses Universit. de France.

ROUDINESCO ET APPEL.

LES REPERCUSSIONS DE LA STABULATION HOSPITALIERE
SUR LE DEVELOPPEMENT PSYCHO-MOTEUR DES JEUNES
ENFANTS.

Semaine des Hopitaux - Paris 1950 - 47 - 2271-72.

THOMAS et STE ANNE DARGASSIES.

ETUDE NEUROLOGIQUE SUR LE NOUVEAU-NÉ ET LE JEUNE
NOURRISSON.

Masson, édit.

AUSSAGUEL S.

DE L'AUTOMUTILATION - Sur 22 Observations.
Thèse 1954.

BERNARD ET ROGER.

ETUDE ELECTRO-CLINIQUE DES CLONIES DE LA TETE
ET DU TRONC CHEZ L'ENFANT.

ALAJOUANINE ET NEHLIL.

A PROPOS DE CERTAINES VARIETES PARTICULIERES
DU PETIT MAL = LA FORME SALUTANTE, LA FORME AVEC
REJET DE LA TETE EN ARRIERE, LA FORME GIRATOIRE.

Revue neurologique - Juin 1957 - 96 N° 6 - 528-532.

HSI CHIH CHAO Md. FRED M. TAYLOR.

Massive Spasms 1957

J. of Pediatrics - N° 6 - 670 - 678.

ZELLWEGER et HESS R.

FAMILIARE BLITZ, NICK UND SALAAM KRAEMPFE.

Helvetica paediatrica aeta - 1950. - 85 - 94.

KOHLER C.

FORMES FRUSTES ET TROMPEUSES DE L'EPILEPSIE
CHEZ L'ENFANT.

Concours médical - Mars 1956.

CALZADA R.

ESPASMO NUTANS Y TIC DE SALAAM

Revista Clinica Espanola 1941 - 125 - 131.

DEBRE R. THIEFFRY S. MANDE LOURBAS ET BOUJON.

SUR 4 CAS GROUPES DE SPASMES NUTANS.

Arch. franç. Pédiat. 1947 - 483 - 486.

MARIE J. et SERINGE Ph.

SPASMES NUTANS.

Arch. franç. Pédiat. 1947.

DELON J.

UN CAS DE SPASMES NUTANS d'ORIGINE ENCEPHALITIQUE

Arch. franç. Pédiat. 1950 - 719 - 720.

JACQUET L.

LE TIC DE SALAAM

Thèse 1902.

GRANVAL.

SPASMUS NUTANS.

Thèse 1905.
